



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

# PARTICIPAÇÃO SOCIAL, SATISFAÇÃO COM A VIDA E QUALIDADE DE VIDA:

Um estudo sobre programas públicos com pessoas mais velhas

Rita Joana Horta dos Reis Igreja dos Santos





INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Rita Joana Horta dos Reis Igreja dos Santos

# Participação social, satisfação com a vida e qualidade de vida: um estudo sobre programas públicos com pessoas mais velhas

Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação do(a)  
Professora Doutora Carla Faria  
Professor Doutor José Miguel Veiga

Julho de 2019



Rita Joana Horta dos Reis Igreja dos Santos

# Participação Social, Satisfação com a Vida e Qualidade de Vida:

Um estudo sobre programas públicos com pessoas mais velhas

A presente dissertação foi realizada no âmbito do Projeto AgeNortC – Envelhecimento,  
Participação Social e Detecção Precoce da Dependência: Capacitar para a 4ª Idade  
(SAICT-POL/23712/2016 - POCI-01-0145-FEDER-023712)

**FCT**  
Fundação  
para a Ciência  
e a Tecnologia

Cofinanciado por:



UNIÃO EUROPEIA  
Fundo Social Europeu



## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Carla Faria, minha orientadora, agradeço por todo o apoio prestado ao longo desta caminhada, tanto a nível académico, como a nível pessoal, pelas horas de trabalho a fio prescindidas e pela motivação transmitida. Muito obrigado, por todo o carinho demonstrado.

Ao Professor Doutor Miguel Veiga, agradeço especialmente por toda a ajuda prestada na análise estatística, sem ele seria impossível a conclusão deste trabalho.

À Professora Doutora Alice Bastos por ser incansável a todos os níveis, quer pessoal, quer académico, por me fazer acreditar que seria possível terminar este trabalho.

Aos meus avós que são tudo para mim, sem eles não era possível ter concluído este trabalho, por sempre acreditarem em mim desde que eu nasci. A ti em especial avô, que apesar deste duro golpe que a vida me deu, eu sei que estás sempre aqui, a caminhar lado a lado com a tua Rita Joana. A ti avó, que és uma guerreira e me das força todos os dias para eu acreditar em mim.

A vocês, Mãe, Sérgio, Luana e Tiago que me ajudaram a ganhar força para concluir esta dissertação e me amparam em todos os dilemas da minha vida. À restante família, obrigado por tudo também.

Às minhas amigas, companheiras de luta, Andreia e Sofia, por todos os momentos que vivemos de partilha e por todos que os que estarão por vir. A ti Ana Sofia, obrigado por me mostrares que a distância é só um número.

Ao melhor amigo que existe no mundo, a ti Miguel, obrigado, por toda a força transmitida ao longo destes anos, por acreditares em mim, por seres uma lufada de ar fresco quando me custa respirar.

À Sabina, por tudo, caminharemos sempre juntas, escrevo-o com toda a convicção.

Aos outros amigos e companheiros, em especial à Joana Rocha e à Beatriz, por também estarem sempre ao meu lado.

A todos que em algum momento fizeram parte desta longa caminhada académica, agradeço os momentos que vivemos, que o futuro seja brilhante.





*“Na rua dos meus ciúmes  
Onde eu morei e tu moras  
Vi-te passar fora de horas  
Com a tua nova paixão*

*De mim não esperes queixumes  
Quer seja desta ou daquela  
Pois sinto só pena dela  
E até lhe dou meu perdão  
Na rua dos meus ciúmes  
Deixei o meu coração*

*Ainda que me custe a vida  
Pensarei com ar sereno  
Que esse teu ombro moreno  
Beijos de amor vão queimar*

*Saudades, são fé perdida  
São folhas mortas ao vento  
Que eu piso sem um lamento  
Na tua rua, ao passar  
Ainda que me custe a vida  
Não hás-de ver-me chorar”*

*(Nelson de Barros e Frederico Valério)*

**Aos meus avós...**



## RESUMO

**Contexto e objetivo do estudo.** Envelhecer é uma realidade com que nos deparamos desde do dia em que nascemos até à nossa morte. Nos últimos anos têm-se verificado alterações demográficas nas estruturas populacionais, acentuando-se o aumento das pessoas mais velhas face às mais jovens. São várias as teorias e modelos que surgem no âmbito do envelhecimento, no entanto importa refletir sobre o envelhecimento bem-sucedido, mais concretamente, sobre a participação social (Adams, Leibbrandt & Moon, 2011). Na investigação no domínio ser ativo e realizar atividades tem vindo a ser associado a indicadores positivos de envelhecimento como a satisfação com a vida e a qualidade de vida. Torna-se, por isso, importante aprofundar o conhecimento sobre estes aspetos do envelhecimento humano. Assim sendo, foi definido como objetivo do presente estudo, analisar as relações entre satisfação com a vida e a qualidade de vida em pessoas com mais de 65 anos que participam em programas/projetos de intervenção autárquica (PIA).

**Método.** A amostra engloba 104 participantes ( $\geq 55$  anos), dos quais 52 fazem parte do Grupo PIA e 52 não participam neste tipo de PIA (Grupo de Comparação). A recolha de dados foi realizada através de: Questionário de Participação Social (Bastos, Pimentel, Silva, Monteiro & Faria, 2018), Escala de Satisfação com a Vida (Diener, Emmons, Larsen & Griffen, 1985; Neto, Barros & Barros, 1990) e Escala WHOQOL-Bref (WHOQOL-Group, 1998; Canavarró *et al.*, 2010).

**Resultados.** Os 104 participantes apresentam uma média de idades de 73 anos ( $dp=5,9$ ), a maioria é do género feminino (80,8%), casada (61,5%), com rendimentos entre os 421€ e os 1000€ (58,4%) e vive acompanhada (74,0%). Na satisfação com a vida não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos grupos de pertença ( $t(102) = -,184, p = ,854$ ), contudo o Grupo PIA apresentou valores médios superiores ( $M=26,9; dp=5,8$ ). Quanto à qualidade de vida constataram-se diferenças estatisticamente significativas na QdV/faceta geral ( $t(102) = 2,366, p=0,020$ ), apresentando o Grupo de Comparação uma pontuação média superior ( $M=67,5; dp=15,9$ ). Relativamente à análise de diferenças ao nível da QdV e satisfação com a vida em função do grupo de pertença e género, quando aplicado o teste LSD de comparações múltiplas, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na QdV/faceta geral ( $X^2(3) = 11,575; p=0,009$ ), no Domínio psicológico ( $X^2(3)=8,912; p=0,030$ ) e na satisfação com a vida ( $X^2(3)= 8,109; p=0,044$ ), pontuando mais alto na QdV/faceta geral ( $p=0,041$ ) as mulheres do Grupo de Comparação face às do Grupo PIA, no Domínio psicológico ( $p=0,015$ ) as mulheres do Grupo de Comparação face aos homens do mesmo Grupo e na satisfação com a vida ( $p=0,014$ ) os homens do Grupo de Comparação face aos do Grupo PIA. Além disso, no que se refere à associação entre variáveis, no Grupo PIA a satisfação com a vida encontra-se estatística e positivamente correlacionada com a QdV/faceta geral ( $rs=,445; p<0,01$ ) e o Domínio psicológico ( $rs=,303; p<0,05$ ), já no Grupo de Comparação a satisfação com a vida encontra-se estatística e positivamente correlacionada com o Domínio psicológico ( $rs=,494; p<0,01$ ), e os rendimentos encontram-se estatística e positivamente correlacionados com os Domínios psicológico ( $rs=,336; p<0,05$ ) e do ambiente ( $rs=,494; p<0,01$ ) da QdV.

**Conclusão.** No presente estudo foi possível reunir evidências relevantes sobre a participação social de pessoas mais velhas em PIA e indicadores importantes do seu processo de envelhecimento, nomeadamente ao nível da QdV e da satisfação com a vida. Face aos resultados obtidos, reforça-se a heterogeneidade do envelhecimento individual e os desafios deste processo para as políticas autárquicas e para os profissionais do envelhecimento – os gerontólogos, no sentido de criar condições para que a velhice se constitua como um período de vida positivo e rico e os mais velhos como um grupo social envolvido e ativo socialmente.

**Palavras-chave.** Envelhecimento; Satisfação com a vida; Qualidade de vida; Participação social; Gerontologia Social; Programas de intervenção comunitária.



## ABSTRACT

**Context and aim.** Aging it is a reality that we have come across from the day we were born until our death. In recent years there have been demographic changes in population structures, with an increase in older people compared to younger ones. There are several theories and models that emerge in the context of aging, but it is important to reflect on successful aging, more specifically on social participation (Adams, Leibbrandt & Moon, 2011). In research in the field, being active and performing activities has been associated with positive indicators of aging such as satisfaction with life and quality of life. It is therefore important to deepen knowledge about these aspects of human aging. Thus, it was defined as aim of the present study to analyze the relationship between satisfaction with life and quality of life in people over 55 who participate in programs/projects of autarchic intervention (PIA).

**Method.** The sample comprised 104 participants ( $\geq 55$  years), of whom 52 were part of the PIA Group and 52 did not participate in this type of PIA (Comparison Group). Data collection was done through: Social Participation Questionnaire (Bastos, Pimentel, Silva, Monteiro & Faria, 2018), Life Satisfaction Scale (Diener, Emmons, Larsen & Griffen, 1985; Neto, Barros & Barros, 1990) and WHOQOL-Bref Scale (WHOQOL-Group, 1998; Canavarro *et al.*, 2010).

**Results.** The 104 participants had a mean age of 73 years ( $SD = 5,9$ ), the majority were female (80,8%), married (61,5%), with incomes between 421€ and 1000€ (58,4%) and live together (74,0%). In the satisfaction with life there were no statistically significant differences between groups ( $t(102) = -,184, p = ,854$ ). However, the PIA Group had higher mean values ( $M = 26,9, SD = 8$ ). Regarding the analysis of differences in quality of life and satisfaction with life according to the group of belonging and gender, when applied the LSD test of multiple comparisons, there were statistically significant differences in the QoL/general facet ( $X^2(3) = 11,575; p = 0,009$ ), in the psychological Domain ( $X^2(3) = 8,912; p = 0,030$ ) and in the satisfaction with life ( $X^2(3) = 8,109; p = 0,044$ ), ranking higher in QoL/overall facet ( $p = 0,041$ ) women in the Comparison Group compared to the PIA Group, in life satisfaction ( $p = 0,014$ ) men in the Comparison Group compared to the PIA Group and in the psychological Domain ( $p = 0,015$ ) as women in the Comparison Group compared to men in the same Group. In addition, regarding the association between variables, in the PIA Group satisfaction with life is statistically and positively correlated with the QoL/general facet ( $rs = ,445; p < 0,01$ ) and the psychological Domain ( $rs = ,303; p < 0,05$ ), also in the Comparison Group satisfaction with life is statistically and positively correlated with the psychological Domain ( $rs = ,494; p < 0,01$ ) and income are statistically and positively correlated with the psychological ( $rs = ,336; p < 0,05$ ) and environmental Domains ( $rs = ,494; p < 0,01$ ).

**Conclusion.** In the present study it was possible to gather relevant evidence on the social participation of older people in PIA and important indicators of their aging process, namely quality of life and satisfaction with life. In view of the results obtained, the heterogeneity of individual aging and the challenges of this process for self-government policies and aging professionals - gerontologists, are reinforced in order to create the conditions for old age to be a positive period of life and rich and the elderly as a social group involved and socially active.

**Keywords.** Aging; Satisfaction with life; Quality of Life; Social engagement; Social Gerontology; Community Programs.

July, 2019



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I- REVISÃO DA LITERATURA .....	7
1. Envelhecimento e Participação Social .....	9
1.1. Envelhecimento Coletivo <i>versus</i> Envelhecimento Individual.....	11
1.2. Modelos de Envelhecimento Bem-Sucedido .....	14
1.3. Envelhecimento Ativo .....	20
2. Satisfação com a vida.....	21
2.1. Conceitos e Medidas .....	21
2.2. Resultados da investigação.....	26
3. Qualidade vida.....	32
3.1. Conceito e medidas.....	32
3.2. Resultados da investigação.....	36
CAPÍTULO II- MÉTODO .....	43
1- Plano de investigação e participantes.....	45
2- Instrumentos/técnicas de recolha de dados/informar .....	46
3- Procedimentos de recolha de dados.....	48
4- Estratégias de análise de dados .....	49
CAPÍTULO III – RESULTADOS .....	46
1. Descrição dos participantes e participação nos Programas/projetos de Intervenção Autárquica (PIA).....	48
1.1. Caraterização sociodemográfica dos participantes.....	48
1.2. Caraterização do Grupo PIA .....	50
1.3. Atividades sócio-recreativas para além dos PIA.....	52
2. Satisfação com a vida e qualidade de vida .....	55
2.1. Satisfação com a vida .....	56
2.2. Qualidade de vida geral e respetivas facetas .....	57
3. Análise de diferenças entre grupos.....	58
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÃO.....	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	78
ANEXOS.....	86





## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes .....	49
Tabela 2. Programas .....	50
Tabela 3. Motivos que incentivaram a participação nos PIA .....	50
Tabela 4. Categorização do tempo de participação nos PIA .....	51
Tabela 5. Frequência atual de participação nos PIA .....	51
Tabela 6. Assiduidade aos PIA .....	51
Tabela 7. Participação em outras atividades sociais e recreativas.....	52
Tabela 8. Tipologia de atividades.....	52
Tabela 9. Atividades novas realizadas no último ano.....	53
Tabela 10. Tipologia de atividades recreativas e sociais novas não integradas nos PIA realizadas no último ano .....	53
Tabela 11. Participação em atividades atualmente .....	53
Tabela 12. Percepção da participação em atividades relativamente a pessoas da mesma idade .....	54
Tabela 13. Atividades realizadas no último ano .....	54
Tabela 14. Grau de entusiasmo em fazer planos para o futuro e trabalhar para a sua concretização .....	55
Tabela 15. Descrição da Satisfação com a Vida .....	56
Tabela 16. Análise da qualidade de vida geral e seus domínios relativamente ao grupo de pertença.....	57
Tabela 17. Diferenças ao nível da qualidade de vida em função da duração nos PIA.	58
Tabela 18. Diferenças ao nível da qualidade de vida e satisfação com a vida em função do grupo de pertença e da idade.....	58
Tabela 19. Diferenças ao nível da qualidade de vida e satisfação com a vida em função do grupo de pertença e género .....	59
Tabela 20. Diferenças ao nível da qualidade de vida e satisfação com a vida relativas ao grupo PIA e viver só.....	60
Tabela 21. Diferenças ao nível da qualidade de vida e satisfação com a vida relativas ao grupo de Comparação e viver só .....	60
Tabela 22. Diferenças ao nível da qualidade de vida e satisfação com a vida em função do grupo PIA e do estado civil (casado e não casado) .....	61
Tabela 23. Diferenças ao nível da qualidade de vida e satisfação com a vida em função do grupo de Comparação e do estado civil (casado e não casado) .....	61
Tabela 24. Correlações entre a qualidade de vida, satisfação com a vida, número total de atividades e rendimentos em função do grupo PIA .....	62
Tabela 25. Correlações entre a qualidade de vida, satisfação com a vida, número total de atividades e rendimentos em função do grupo de Comparação.....	63



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

QdV- Qualidade de Vida

INE- Instituto Nacional de Estatística

OMS- Organização Mundial de Saúde

SOC- Seleção, Otimização e Compensação

SWLS- Escala de Satisfação com a Vida

UE- União Europeia

PIA- Programas/Projetos de Intervenção Autárquica



## INTRODUÇÃO

---



Na segunda metade do século XX, nas sociedades desenvolvidas ocorreu um novo fenómeno, o envelhecimento demográfico. Este fenómeno decorre da diminuição das taxas de natalidade e mortalidade e do aumento da esperança média de vida, resultando num crescimento do número de pessoas mais velhas (Nazareth, 2009). Neste contexto, é possível visualizar o “duplo envelhecimento” da pirâmide etária, isto é, na base e no topo da pirâmide etária. Em Portugal, esta evolução foi mais notória do que na Europa, sendo que ano de 2000, pela primeira vez na história, o grupo «65 e mais anos» apresentou mais pessoas do que o grupo dos jovens, o que se verifica e acentua ainda nos dias de hoje (Rosa, 2012).

No entanto, o interesse pela temática do envelhecimento não se verificou desde que se deu este fenómeno, mas foi emergindo gradualmente. De acordo com Paúl (1991), o envelhecimento humano pode ser compreendido como um processo individual de alterações biológicas, psicológicas e sociais, provocadas pela idade, que se refletem no ser humano através de modificações no seu relacionamento com a própria vida e com o mundo, alterando a sua relação com o tempo. Deste modo, este processo integra três componentes: biológico (capacidades/competências físicas), psicológico (autorregulação para tomar decisões e opções) e social (papéis sociais desempenhados na sociedade).

Face à importância que o envelhecimento tem vindo a assumir nas sociedades atuais, percebemos que cada vez é maior o conhecimento acerca das particularidades dos mais velhos, sendo os mitos, imagens e estereótipos substituídos por informações reais e credíveis. Cada vez mais o idoso define o seu papel familiar e na comunidade, sendo importante o mesmo ganhar espaço produtivo. Assim, a Gerontologia, tem vindo a contribuir para a compreensão do fenómeno de envelhecimento (Veríssimo, 2014).

A Gerontologia é uma área científica recente, englobando o estudo do envelhecimento humano e das pessoas mais velhas. Agrega o contributo de várias áreas científicas, tais como a biologia, a psicologia e a sociologia, com vista a criar abordagens e modelos sobre o ser humano e o seu curso de vida (Paúl & Ribeiro, 2012).

Envelhecer e ser idoso é uma característica comum e transversal às pessoas que têm a regalia de experienciar vidas longas. O envelhecimento varia de acordo com as histórias de vida, comportamentos e contextos onde cada um está inserido. Sendo que as variadas formas de envelhecimento, incluem idosos bem-sucedidos e ativos, assim

como idosos incapazes, em que a autonomia está limitada pela doença e pelo contexto onde vivem (Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005).

A velhice, tal como outras fases da vida, pode ser mais ou menos bem-sucedida, sendo importante perceber o que significa envelhecer com sucesso e de que forma tal influencia outras variáveis ligadas ao funcionamento humano (Fonseca, 2005).

De forma a tentar concetualizar o envelhecimento bem-sucedido, foram surgindo na literatura gerontológica vários modelos, nomeadamente o Modelo de Otimização Seletiva com Compensação (Baltes & Baltes, 1990), o Modelo biomédico (Rowe & Kahn, 1997, 1998) e o Modelo da Proatividade Preventiva Corretiva (Kahana & Kahana, 1996; Kahana, Kahana & Kercher, 2003; Kahana, King, Kahana, Menne, Webster, Dan, Kercher, Bohne & Lechener, 2005). Qualquer um destes três modelos evidencia a importância da participação social para se envelhecer bem ou com sucesso, a par de outros componentes. Adams e colaboradores (2011) referem que um estilo de vida em que a pessoa está envolvida socialmente é um importante preditor para o envelhecimento bem-sucedido. Seguindo esta linha de pensamento, constata-se que frequentemente os idosos que participam em atividades sociais e de lazer, apresentam melhores indicadores de bem-estar com a vida.

Assim sendo, torna-se importante desenvolver políticas e programas que auxiliem os mais velhos a manter-se ativos, entenda-se socialmente envolvidos, com vista a beneficiar a saúde, a participação e a segurança dos mesmos, indo de encontro às orientações da OMS (2005) para a promoção de políticas de envelhecimento ativo. Devido ao aumento da população envelhecida e às pessoas viverem mais anos, surgem novas implicações e torna-se necessário que se tomem medidas de forma a promover e garantir que os mais velhos usufruam de uma boa qualidade de vida e experienciem a satisfação com a vida (Gana, Baily, Saada, Joulain & Alaphilippe, 2012).

Nos últimos anos tem sido dado ênfase, à alteração da satisfação com a vida em função da participação em diversas atividades. Tem sido referido por vários investigadores que a atual geração de idosos dá maior importância ao envolvimento em atividades e dinâmicas, face às gerações de idosos anteriores (Adams, Leibbrandt & Moon, 2011).

A satisfação com a vida é definida como a avaliação subjetiva global que os indivíduos elaboram sobre as suas vidas, no presente ou no passado, envolvendo os aspetos positivos da mesma, como a ausência de aspetos negativos (Diener, Oishi & Lucas, 2003).



No âmbito do estudo dos mais velhos, a satisfação com a vida, é um conceito relevante, pois permite uma visão global sobre o ajustamento a ser realizado através da capacidade adaptativa da pessoa. Este construto é visto como a junção total das percepções que as pessoas têm relativamente aos vários aspetos da vida. O nível de satisfação com a vida nos idosos não afeta exclusivamente a sua capacidade adaptativa, mas também o seu bem-estar físico, emocional e social (Priyanka & Sunita, 2013). A satisfação com a vida é considerada o como uma dimensão subjetiva de qualidade de vida, a par da felicidade e do bem-estar (Joia & Ruiz, 2013).

Neste contexto, o construto de qualidade de vida torna-se importante dada a forte relação com a satisfação com a vida.

A qualidade de vida ao longo dos anos tem vindo a ser alvo de maior investigação, sendo várias as tentativas de encontrar uma definição aceite. Trata-se de um conceito vasto, que engloba aspetos individuais, e que integra a percepção da pessoa sobre o sucesso de alcançar determinados objetivos, estados ou condições desejáveis, e ainda o sentido de bem-estar e de satisfação experienciado pela mesma no momento presente da sua vida (Canavarro & Serra, 2010).

A qualidade de vida é pois um construto multidimensional e de avaliação subjetiva e objetiva (Gallardo-Peralta, Jorquera, Mórán & Urrutia Quiroz, 2018).

A OMS foi um importante precursor na criação de um instrumento de avaliação que fosse fiável, avaliasse a qualidade de vida de forma multidimensional e pudesse ser usado à escala mundial (Canavarro & Serra, 2010). A saúde está fortemente associada ao conceito de qualidade de vida, no entanto, o modelo da OMS adota uma visão que engloba as dimensões física, psicológica, social e ambiental, sendo que estas dimensões não se sobrepõem à satisfação com a vida, na compreensão do processo de envelhecimento (Paúl & Fonseca, 2005).

Contudo torna-se importante clarificar que, bem-estar, satisfação com a vida e qualidade de vida, apesar de vistos à luz de outras investigações como conceitos sinónimos, no presente trabalho serão tratados como conceitos distintos. No entanto, não se deixa de salientar a sua associação, como posteriormente poderemos verificar.

A crescente aposta no envelhecimento faz com que se abram vastas perspetivas à afirmação da Gerontologia como ciência básica para a qualidade de vida e para o bem-estar dos idosos futuros. Porque tal como Michel Loriaux, em 1994, referiu “O futuro não pertencerá unicamente às pessoas idosas, mas também não se fará sem elas” (Veríssimo, 2014).

Compreende-se assim a pertinência da temática da participação social, satisfação com a vida e qualidade de vida, sendo definido no presente estudo o seguinte objetivo: analisar as relações entre satisfação com a vida e qualidade de vida em pessoas com mais de 65 anos que participam em programas/projetos de intervenção autárquica (PIA), especificamente pretende-se: (1) caracterizar os participantes em termos sociodemográficos e de envolvimento social; (2) avaliar a qualidade de vida e satisfação com a vida de pessoas mais velhas em função da sua participação em PIA; e (3) analisar a associação entre a satisfação com a vida e a qualidade de vida de pessoas mais velhas em função da participação social.

A presente dissertação encontra-se estruturalmente organizada em três capítulos. O Capítulo I corresponde ao enquadramento teórico e empírico e, engloba três temáticas: (1) O fenómeno do envelhecimento humano; (2) Satisfação com a vida; e, (3) Qualidade de vida. Seguidamente, o Capítulo II diz respeito ao método, que descreve a forma como o estudo foi desenhado e desenvolvido, descrevendo os participantes do estudo, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos de recolha de dados e as estratégias de análise de dados. Por fim, o Capítulo III refere-se à descrição dos resultados e posteriormente à sua discussão finalizando-se o presente trabalho com a conclusão.

## **CAPÍTULO I- REVISÃO DA LITERATURA**



## 1. Envelhecimento e Participação Social

Ao longo da existência humana, o fenómeno do envelhecimento e a morte são temáticas presentes no pensamento e nas práticas sociais de cada época. No entanto, salienta-se o ano de 1903, em que pela primeira vez é utilizado o termo Gerontologia por Metchnikov (1845-1916), definindo-o como a ciência que estuda o envelhecimento nas suas componentes biológicas, psicológicas e sociais como ciência pura básica ou académica (Veríssimo, 2014).

Dada a importância que os mais velhos têm adquirido nas sociedades atuais, tornou-se necessário saber mais, assumindo a Gerontologia um importante papel para a obtenção de maior conhecimento sobre os mesmos (Fonseca, 2006).

A Gerontologia é um campo do saber relacionado com a velhice e com o envelhecimento (Paúl & Ribeiro, 2012). O seu objeto de estudo é a pessoa idosa, as suas circunstâncias e representações. Este campo do saber tem como objetivo descrever e explicar as mudanças típicas do processo de envelhecimento e os seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais (Neri, 2008). A Gerontologia é igualmente uma ciência de carácter interventivo, com vista à melhoria das condições de vida dos idosos em contextos quer públicos quer privados (Fernandez-Ballesteros, 2000).

A partir do final da II Guerra Mundial surgiu a necessidade de reunir mais conhecimento acerca do processo de envelhecimento e dos mais velhos, com vista a perceber como o mesmo ocorre e influência a história de vida de cada indivíduo. Este interesse surge com a necessidade de estudar o fenómeno do aumento da esperança média de vida e consequentemente o envelhecimento da população (Birren & Schroots, 2001).

Em 1946 é fundada a *Gerontological Society of America* com a participação de cientistas e investigadores das áreas das ciências biológicas, médicas, psicológicas e sociais, refletindo o carácter multidisciplinar e interdisciplinar deste campo do saber (Veríssimo, 2014).

Percebe-se então que a Gerontologia é um campo do saber recente, que começa a ser desenvolvido a partir da segunda metade do século XX, quando começa a acentuar-se um fenómeno importante: o envelhecimento da população (Fernández-Ballesteros, 2004).

A Gerontologia Social, segundo Fernández Ballesteros (2004), surge como um dos ramos da Gerontologia. O termo Gerontologia Social foi usado pela primeira vez por Clark Tibbits em 1954 (Neri, 2008). A Gerontologia Social é definida como “a especialização da Gerontologia que além de tratar do estudo das bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento, está especialmente dedicada ao impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e na velhice, e as consequências sociais desse processo, assim como as ações sociais que se podem interpor para melhorar o processo de envelhecimento” (Fernández-Ballesteros, 2004, p.36).

De acordo com Paúl e Ribeiro (2012), a maioria da investigação em gerontologia é atórica (61%), no entanto, tem-se verificado um uso crescente da teoria na Gerontologia Social. Existe uma tendência para o uso de teorias transdisciplinares, sendo muitas delas não específicas do envelhecimento, tais como: perspectiva do curso de vida (*life course*, Glen Elder) ou teoria desenvolvimental do ciclo de vida (*life-span*, Paul Baltes).

Bass (2009) apresenta uma Teoria Integrada da Gerontologia Social, que se baseia em elementos que emergiram ao longo dos anos. A proposta de Bass (2009), em vez de configurar uma simples filosofia, combina os componentes fornecendo coerência para perceber o processo de envelhecimento do indivíduo na sociedade contemporânea. A Teoria Integrada de forma a compreender melhor as pessoas, combina componentes macro (que avaliam os contextos social, económico, ambiental, cultural e político que influenciam o comportamento humano e a saúde) e micro (a nível individual e familiar ao longo das mesmas dimensões) do envelhecimento. Através de uma nova representação gráfica, semelhante a uma teia tridimensional, ou a uma rede, em que vários elementos são interativos com influências mútuas em diferentes momentos no tempo. Os elementos que constituem esta representação são seis. Sendo que no centro da teia está a fisiologia individual e condição psicológica, e nas extremidades divididos em quatro pilares estão: (1) família, religião, tradições e expectativas culturais, (2) política pública, serviços de saúde, sistemas de suporte social e programas governamentais, (3) construtos sociais (ex., estratificação social, status), e (4) circunstâncias macro e microeconómicas e recursos individuais. De referir que os quatro pilares têm na parte de fora da teia os contextos históricos residuais. Este modelo foi suportado pela ideia do processo de envelhecimento não ser estático, alterando-se e complexificando-se ao longo do tempo (Bass, 2009).

### **1.1. Envelhecimento Coletivo *versus* Envelhecimento Individual**

O envelhecimento da população é um processo que se observa ao longo dos últimos anos, como anteriormente referido, quer em Portugal quer no mundo. Sendo que o envelhecimento demográfico se refere às alterações na distribuição etária da população, expressando uma maior proporção de população em idades avançadas (INE, 2015).

Quando se fala em envelhecimento são facilmente associadas duas conceções a este conceito: envelhecimento coletivo e envelhecimento individual.

No que refere ao envelhecimento coletivo, associado ao mesmo, o conceito de envelhecimento demográfico (da população) tem-se tornado relevante para o estudo do envelhecimento.

O conceito de envelhecimento demográfico está associado a uma evolução específica da composição etária da população (Rosa, 2012). Este fenómeno passa a ser anunciado nos anos 60, e evolui de forma gradual até finais dos anos 90, tornando-se posteriormente num processo acelerado. Na Europa, a partir dos anos 70, a fecundidade começou a diminuir de uma forma bastante acentuada. Esta diminuição encaminhou os países europeus para um modelo de não renovação das gerações. Foi o declínio da fecundidade o principal fator natural responsável pelo atual processo de desequilíbrio entre as gerações (Nazareth, 2009).

De acordo com Nazareth (2009), em Portugal, nos últimos 50 anos, o número de habitantes aumentou cerca de dois milhões. Contudo, neste aumento verifica-se, que o número de jovens com menos de 14 anos diminuiu em cerca de um milhão, face ao aumento em cerca de um milhão de pessoas com mais de 65 anos. A diminuição contínua do peso das gerações mais jovens será uma constante irreversível nos próximos anos, acentuando-se ainda mais o envelhecimento na base da pirâmide de idades (Nazareth, 2009). Ou seja, verifica-se o “duplo envelhecimento” da pirâmide etária, isto é, na base e no topo da pirâmide etária (Rosa, 2012).

Analisando dados do INE (2015) verifica-se numa sobreposição das pirâmides etárias de Portugal e da UE 28, que no ano de 2013 ocorreu, o duplo envelhecimento demográfico: sendo que a base da pirâmide apresenta um estreitamento mais evidente para Portugal do que para a UE 28, enquanto o seu topo se alarga com valores semelhantes para Portugal e para a UE 28.

A forma destas pirâmides reflete o aumento do número de idosos (65 e mais anos), a diminuição do número de jovens (0 a 14 anos) e do número de pessoas em idade ativa (15 a 64 anos) nos últimos anos, em Portugal e no conjunto dos Estados membros da UE 28.

O INE em 2018 lançou um documento que refere que em 2080 o número de jovens diminuirá de 1,5 para 0,9 milhões e o número de idosos passará de 2,1 para 2,8 milhões, assim como face ao decréscimo da população jovem, a par do aumento da população idosa, o índice de envelhecimento mais do que duplicará, passando de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens.

A redução da mortalidade e a redução da fecundidade são identificadas como causas do envelhecimento populacional. Com a diminuição da mortalidade, a esperança média de vida dos portugueses que rondava os 40 anos (em meados de 1920), atualmente é de 76 anos nos homens e 82 nas mulheres (Rosa, 2012). O que significa que as pessoas vivem muito mais anos, o que se traduz no aumento da longevidade.

No que diz respeito à taxa de fecundidade, apesar de não se poder generalizar os fatores que poderão ter despoletado a diminuição da mesma, são colocadas algumas hipóteses, nomeadamente: a passagem de uma economia agrícola para uma economia industrial e de serviços, a passagem de um modo de vida rural para um modo de vida urbano, o aumento do nível educacional, a mudança do papel da mulher na sociedade, os modernos meios de contraceção, a mudança na estrutura e composição da família, entre outros (Nazareth, 2009).

O interesse relativamente ao fenómeno de envelhecimento demográfico tem sido crescente, destacando-se o papel da Organização Mundial de Saúde (2015), que a faz as seguintes recomendações: (1) estabelecer políticas e programas que ampliem as opções de habitação para adultos maiores e auxiliem com modificações no lar que permitam aos adultos maiores envelhecerem num local adequado, (2) introduzir medidas para garantir que os mais velhos sejam protegidos contra a pobreza, por exemplo, por meio de esquemas de proteção social, (3) fornecer oportunidades de participação social e de desempenho de papéis sociais significativos, (4) remover barreiras, estabelecer normas de acessibilidade e garantir a conformidade em edifícios, transporte e tecnologias de informação e comunicação, e (5) considerar o planeamento urbano e as decisões de utilização da terra e o seu impacto sobre a segurança e a mobilidade das pessoas mais velhas (OMS, 2015).



Assim sendo, são algumas as implicações do prolongamento da vida humana, quer a nível individual, quer a nível social. E partindo do aumento da esperança média da vida torna-se importante dar significado e qualidades a este fenómeno. Existindo várias possibilidades tais como: apostar numa nova formação profissional, aproveitar novas oportunidades de lazer e aumentar o tempo dedicado à família (OMS,2015).

A diminuição contínua do peso das gerações mais jovens será uma constante irreversível nos próximos anos, acentuando-se ainda mais o envelhecimento na base da pirâmide etária. O envelhecimento demográfico é inevitável, pelo menos futuramente, mas não é algo propriamente negativo. É necessário identificar os constrangimentos, os desafios e as oportunidades deste fenómeno e organizar a sociedade de forma a obter um equilíbrio na mesma (Nazareth,2009).

Face ao exposto e sendo o envelhecimento uma temática cada vez mais explorada pelas sociedades atuais, para além deste conceito de envelhecimento coletivo é também importante salientar a importância do envelhecimento individual.

De acordo com Rosa (2012), o envelhecimento individual integra dois conceitos distintos: o envelhecimento cronológico e o envelhecimento biopsicológico.

Quando falamos de envelhecimento cronológico os autores Schneider e Irigaray (2008) referem que a idade cronológica diz respeito ao número de anos que decorrem desde o nascimento do indivíduo, portanto não é um índice de desenvolvimento biológico, psicológico e social, pois ela por si só não causa o desenvolvimento. Rosa (2012) partilha da mesma perspetiva destes autores, referindo que quando se fala de envelhecimento cronológico, este conceito remete para a idade, um processo universal, progressivo e inevitável. O ser humano envelhece desde do seu nascimento até à sua morte, e apesar de ser um acontecimento progressivo, tem momentos de aceleração variável.

Relativamente ao envelhecimento biopsicológico este é diferente do envelhecimento cronológico, não dependendo exclusivamente da idade, é vivido por cada indivíduo de forma distinta. Rosa (2012) defende uma visão do envelhecimento biopsicológico. O conceito de envelhecimento pode ser analisado em envelhecimento biológico e envelhecimento psicológico.

O envelhecimento biológico diz respeito às modificações físicas que ocorrem ao longo do processo de envelhecimento, enquanto o envelhecimento psicológico diz respeito às capacidades adaptativas do indivíduo ao meio, isto é, com a idade é normal que surjam lapsos de memória, dificuldades de aprendizagem, falhas de

atenção, entre outras, o que pode ser compensado por ganhos em sabedoria, conhecimento e experiência (Schneider & Irigaray, 2008). É importante referir que o envelhecimento é um processo que varia de indivíduo para indivíduo.

Hoyer e Roodin (2003) definem o envelhecimento psicológico como as capacidades adaptativas dos indivíduos para se adequarem às exigências do meio. As pessoas adaptam-se ao meio pelo uso de várias competências psicológicas, como aprendizagem, memória, inteligência, controlo emocional, estratégias de *coping*. A idade psicológica pode também ser definida pelos padrões de comportamento adquiridos e mantidos ao longo da vida e tem uma influência direta na forma como as pessoas envelhecem. O envelhecimento é resultado de uma construção que o indivíduo faz durante toda a vida (Schneider & Irigaray, 2008).

Contrastando com a ideia anterior de Rosa (2012), temos a visão de Fonseca (2006) mais direcionada, que aponta para um modelo biopsicossocial, que acrescenta aos domínios biológico e psicológico, o domínio social. O domínio social engloba os papéis sociais, tendo em conta as expectativas da sociedade para esta faixa etária. Schneider e Irigaray (2008) referem que uma pessoa pode comportar-se de acordo com as expectativas da sociedade (comunidade, amigos, família, vizinhos) ou não.

Sendo o envelhecimento um processo que ocorre ao longo da vida, atualmente é consensual que não existe um único fator para o envelhecimento ótimo, mas sim uma quantidade de fatores a trabalhar em conjunto para facilitar e otimizar o processo de envelhecimento (Bengtson, Gans, Putney & Silverstein, 2009).

De acordo com Bengtson e colaboradores (2009), o envelhecimento é fundamentalmente um processo biopsicossocial que integra três fatores: a) influências das estruturas sociais (género, estatuto económico, raça, idade e contexto cultural); b) influências individuais (psicológicas e comportamentais) e, c) influências biológicas (danos inflamatórios, danos irreparáveis em células e moléculas e hormonas metabólicas no sangue).

## **1.2. Modelos de Envelhecimento Bem-Sucedido**

O conceito de envelhecimento é teorizado por vários autores através dos conceitos de envelhecimento bem-sucedido, saudável, ótimo, produtivo ou positivo (Fernández Ballesteros, 2009). Assim sendo, no que se refere ao envelhecimento bem-sucedido podemos identificar três modelos distintos: o Modelo de Otimização

Seletiva com Compensação de Baltes e Baltes (1990), numa perspetiva psicossocial, o Modelo biomédico de Rowe e Kahn (1997,1998), numa perspetiva biomédica, e o Modelo da Proatividade Preventiva Corretiva de Kahana e Kahana (1996; Kahana, Kahana & Kercher, 2003; Kahana, King, Kahana, Menne, Webster, Dan, Kercher, Bohne & Lechener, 2005), numa perspetiva sociológica.

Baltes e Baltes (1990) desenharam um modelo de envelhecimento bem-sucedido denominado de Modelo de Otimização Seletiva com Compensação (SOC) que concetualiza como as pessoas reagem às perdas, sendo a proatividade uma estratégia que pretende prevenir as ameaças. Face ao exposto, o modelo SOC tem dois objetivos: (I) descrever o desenvolvimento em geral e (II) estabelecer como as pessoas podem manipular as mudanças nas condições biológicas, psicológicas e sociais. O conceito central desta teoria é a plasticidade, que diz respeito às capacidades que os indivíduos possuem para realizar alterações no seu percurso de vida, no entanto, este percurso depende das condições de vida e da experiência acumulada.

O Modelo pode ser incorporado por diferentes perspetivas teóricas (a comportamental ou a cognitiva), diferentes processos (como a memória) e diferentes domínios (como o bem-estar subjetivo). Mais especificamente, a Seleção é a forma como as pessoas selecionam as metas que tencionam alcançar, tendo em conta perdas e desafios que possam existir: a Otimização diz respeito à forma como são alcançadas as metas definidas; e por fim, a Compensação compreende a adoção de alternativas para manter o funcionamento utilizando recursos internos e externos. Estes três mecanismos são assumidos como universais e como sujeitos a ação consciente ou inconsciente, operados pelos indivíduos ou por outrem, por indivíduos ou por instituições (Neri, 2006).

O modelo de envelhecimento bem-sucedido de Baltes e Baltes (1990) tem em conta os seguintes critérios: vida longa, saúde biológica, saúde mental, eficácia cognitiva, competência social e produtividade, controlo pessoal e satisfação com a vida. Para Baltes e Baltes (1990), estes sete critérios eram um bom ponto de partida para se verificar o envelhecimento bem-sucedido.

Para além dos critérios anteriormente referidos, os autores argumentam que a natureza do envelhecimento bem-sucedido pode ser explicada a partir de sete proposições. Existem diferenças substanciais entre o envelhecimento normal, ótimo e patológico: o envelhecimento normal diz respeito ao processo de envelhecer sem patologia biológica ou mental, o envelhecimento ótimo decorre sob condições

ambientais favoráveis aos mais velhos e o envelhecimento patológico, caracteriza-se por envelhecer com doença. Há muita heterogeneidade (variabilidade) no envelhecimento: o processo de envelhecimento varia de indivíduo para indivíduo, em termos mentais, comportamentais e sociais. Há muita reserva latente, relacionado com esta proposição está o conceito de plasticidade e os mais velhos continuam a ter capacidade para novas aprendizagens, ou seja, ao longo da vida continuamos a ter capacidades adaptativas. Há perda no envelhecimento próximo do limite da capacidade reserva: existem limites associados à idade em termos de magnitude na capacidade de reserva cognitiva. As pragmáticas baseadas no conhecimento podem retardar o declínio nas mecânicas no envelhecimento: as pragmáticas cognitivas podem compensar as perdas nas mecânicas da mente. Com o envelhecimento o equilíbrio entre ganhos e perdas é cada vez menos positivo: ao longo da vida existe uma dinâmica entre ganhos e perdas, que se torna mais desequilibrada à medida que a velhice avança. O self mantém-se resiliente na velhice: apesar de existirem alguns estereótipos negativos acerca do envelhecimento, o self continua resiliente, havendo indivíduos que apresentam satisfação com a vida, controlo pessoal e autoeficácia (Baltes & Baltes, 1990).

Através do que já foi referido acerca do modelo de Envelhecimento Bem-Sucedido (Baltes & Baltes, 1990) percebe-se que o mesmo tem como base uma vida com hábitos saudáveis, assim como explicita a necessidade do envolvimento em diversas atividades, bem como a manutenção de redes sociais de forma a estimular as capacidades físicas, mentais e sociais.

Rowe e Kahn (1987) propõem a distinção entre envelhecimento bem-sucedido e envelhecimento comum (“usual”), como estados não-patológicos. Esta distinção surgiu no âmbito da necessidade de contrariar a tendência gerontológica até à altura que apenas fazia a distinção entre envelhecimento patológico e não patológico, ou seja, as pessoas que possuíam doença ou incapacidades e as que não apresentavam nenhuma delas. Sendo que a tendência anteriormente referida defendia que na ausência de doença ou incapacidade, outras alterações relacionadas com a idade na função física (aumento da pressão arterial) ou na função cognitiva (défice moderado de memória) era normal e determinado por fatores intrínsecos de envelhecimento, geralmente genéticos e não associados a risco.

Face ao exposto, os autores anteriormente referidos descrevem, numa perspetiva biomédica, um modelo envelhecimento bem-sucedido. O envelhecimento bem-sucedido implica que as pessoas possuam um baixo risco de doença e incapacidade,

que pratiquem um estilo de vida saudável e mantenham uma vida social ativa. Assim sendo, este conceito engloba três elementos centrais: (1) reduzida probabilidade de doença e a incapacidade a ela associada, isto é, inclui a ausência de doença, mas também a ausência ou a presença de reduzidos fatores de risco de doença, (2) elevada capacidade cognitiva e capacidade funcional, isto é o que a pessoa é capaz de fazer e o que realmente faz, e, (3) envolvimento ativo com a vida, que inclui a presença de relações interpessoais e o desenvolvimento de atividades produtivas (Rowe & Kahn, 1997). No presente estudo torna-se importante esclarecer melhor a questão do envelhecimento bem-sucedido no que diz respeito ao envolvimento com a vida.

Como anteriormente referido, o envolvimento com a vida é o terceiro elemento de envelhecimento bem-sucedido. Rowe e Kahn (1998) referem que ao longo de todo o curso de vida é necessário manter relações com os outros e continuar envolvido em atividades significativas e com propósito, de forma a favorecer o bem-estar das pessoas. Os autores destacam que estas atividades não têm um papel menos relevante nos mais velhos face às fases anteriores da vida. No entanto, quando uma pessoa chega a idades mais avançadas está mais próxima de perdas no que diz respeito a amigos e entes queridos, assim como mudanças relativas à casa, o que implica alterações nas relações de vizinhança. Importa salientar que a vida tem mais sentido e maior entusiasmo quando as pessoas possuem relacionamentos próximos com os outros e realizam atividades frequentemente (Rowe & Kahn, 1997). O envolvimento com a vida está fortemente associado a duas questões: relacionamentos com outras pessoas e realizar atividades. Por vezes, com o avançar da idade, após a vida laboral terminar e os filhos se tornarem independentes, não se espera mais nada dos mais velhos. Apesar deste pensamento comum, existem idosos que superam as expectativas e fazem novas amizades, praticam atividade física, envolvem-se em atividades de grupo como forma de substituir o emprego remunerado e ocuparem as suas vidas. Desta forma, Rowe e Kahn (1997) abordaram a questão do envelhecimento sucedido para tentar tornar os recursos para potenciar um envelhecimento bem-sucedido mais disponíveis e, conseqüentemente, tentar aumentar o número de pessoas que usufruam de um envelhecimento bem-sucedido.

De referir que o modelo de Rowe e Kahn (1997, 1998) foi alvo de diversas críticas devido a se focar em critérios fixos que não explicam de forma clara que processos são necessários para alcançar os mesmos (Baltes & Carstensen, 1996).

Kahana e Kahana (1996; Kahana, Kahana & Kercher, 2003; Kahana, King, Kahana, Menne, Webster, Dan, Kercher, Bohne & Lechener, 2005) numa perspectiva sociológica, criaram um modelo de envelhecimento bem-sucedido, denominado de Modelo de Proatividade Preventiva e Corretiva. Este modelo surge como crítica ao modelo anteriormente descrito de Rowe e Kahn (1997,1998). O Modelo de proatividade preventiva foi desenvolvido para salientar o potencial dos mais velhos para enfrentar os desafios do envelhecimento através do uso de recursos sob a forma de adaptação proativa (Kahana, Kelley-Moore & Kahana, 2012). Kahana, Kahana & Kercher (2003) referem que o modelo de proatividade investiga de que forma é possível realizar a manutenção do bem-estar psicológico e envolvimento em atividades sociais, inclusive em pessoas mais velhas que estejam expostas a stressores como doenças, fragilidade e perdas sociais.

No Modelo as disposições psicológicas (como a esperança e autoestima) podem tanto afetar as adaptações proativas como a qualidade de vida. A proatividade assume um papel importante para aumentar a capacidade de resiliência dos mais velhos. É adquirida uma postura proativa, sustentada na prevenção de fatores stressores e na correção desses acontecimentos, sendo este um modelo de processo que visa explicar de que forma os mais velhos apresentam indicadores de envelhecimento bem-sucedido.

Os autores destacam também o papel dos recursos internos e dos recursos externos na melhoria dos efeitos adversos do stress. As influências espaciais (características demográficas e comunidade) e o contexto temporal (história e biografia) têm efeitos em cada um dos stressores, amortecedores e resultados de componentes da qualidade de vida (Kahana & Kahana, 1996).

No Modelo são definidos três comportamentos adaptativos preventivos, três comportamentos adaptativos corretivos e três comportamentos adaptativos emergentes. Os três comportamentos adaptativos preventivos podem ter um papel importante de antevisão da ocorrência de doenças crónicas e eventos stressantes, sendo os mesmos: (1) promoção de saúde (aquisição de hábitos de vida saudável); (2) planeamento futuro (importante para a adoção de estratégias de *coping*, essencialmente na doença); e (3) ajudar os outros (poderá ter implicações na rede social dos mais velhos, de forma positiva, o que poderá trazer benefícios em caso de doença). Relativamente aos três comportamentos adaptativos corretivos, poderão ser importantes na doença crónica, na correção/tratamentos, os mesmos são: (1) organização de suporte social (estabelecer o sentimento de apoio por parte das suas

redes relacionais formais e informais); (2) substituição de papéis (modificação dos papéis sociais derivado a perdas sociais provocadas por acontecimentos de vida); e (3) modificações ambientais e de atividade (ajudas através de dispositivos de assistência, de forma a facilitar a execução de atividades e a melhorar o conforto e segurança dos mais velhos). Por último, os três comportamentos adaptativos emergentes, surgem como uma forma nova de encarar doença nos mais velhos, sendo os mesmos: (1) o uso da tecnologia (internet, telemóveis, instrumentos de monitorização da saúde); (2) utilização de cuidados de saúde/ “Health care consumerism” (a procura de cuidados de saúde pelos mais velhos); e, (3) autoaperfeiçoamento (conhecer formas de desenvolvimento pessoal, como investir no seu aspeto físico ou na aquisição de novos conhecimentos) (Kahana & Kahana, 1996).

Assim, o Modelo de Kahana e Kahana (1996) centra-se na proatividade preventiva e corretiva, baseadas na prevenção de fatores stressores e na correção dessas situações. Sendo então necessário fazer adaptações proativas para atenuar o stress acumulado ou recente e fazer-se adaptações corretivas para amenizar o stress. Percebe-se igualmente que o modelo refere constantemente componentes sociais como ajudar os outros nas adaptações preventivas e o autoaperfeiçoamento nas adaptações emergentes. Quanto ao ajudar os outros, é claro que a manutenção das redes sociais, família, amizade e vizinhança são importantes para o envelhecimento bem-sucedido, sendo que as mesmas podem ser alargadas quando se realiza o autoaperfeiçoamento, porque procurando atividades, por exemplo, a nível educacional, para adquirir novos conhecimentos, frequentando uma universidade sénior, poderemos alargar a nossa rede ao conhecer novas pessoas.

Fernández-Ballesteros (2009), analisando os Modelos anteriormente descritos refere algumas características similares relativamente ao envelhecimento bem-sucedido: saúde, o bom funcionamento físico, a satisfação com a vida, o bem-estar, as condições socioeconómicas e a participação social.

Percebe-se então que os três modelos anteriormente descritos têm um papel importante para a prática gerontológica por permitir criar e sustentar um plano de intervenção adequado, suportado pela questão da promoção do envelhecimento bem-sucedido, da qualidade de vida e da satisfação com a vida.

Scharlach & Lehning (2016) destacam o papel do envolvimento social (participação social e contacto social) para os idosos com vista a favorecer o bem-estar individual. Estes salientam que os idosos que estão socialmente envolvidos apresentam por norma níveis superiores de felicidade, saúde e satisfação com a vida.

A promoção da participação social pode ser realizada por estruturas sociais e/ou formais que tenham em vista a melhoria ou manutenção das capacidades dos idosos de forma a promover o bem-estar.

### **1.3. Envelhecimento Ativo**

A OMS (2005) de forma a olhar para o envelhecimento para além da saúde, e tentando englobar aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais com o objetivo de explicar os resultados de envelhecimento, propõe o conceito de envelhecimento ativo. O envelhecimento ativo é definido como o “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2005, p.13).

Ribeiro e Paúl (2011) referem que os idosos para perceberem o seu potencial na promoção do bem-estar e qualidade de vida necessitam de ser ativos, isto significa que devem participar e estar envolvidos em questões sociais, económicas, culturais, civis e espirituais, não centralizando o ser ativo exclusivamente para a questão física ou biológica.

Destaca-se ainda a questão das pessoas que apresentam alguma doença ou que vivam com alguma necessidade especial poderem ser ativos para os seus familiares, companheiros, comunidades e países. O envelhecimento ativo objetiva aumentar a probabilidade de uma vida saudável e com qualidade de vida para todas as pessoas que estão a envelhecer (incluindo pessoas frágeis, fisicamente incapacitadas e que necessitam de cuidados) (OMS, 2005).

O envelhecimento ativo está dependente de vários determinantes, sendo os mesmos de cariz pessoal (questões biológicas, genéticas e psicológicas), comportamental (estilos de vida saudável e participação ativa no cuidado da saúde), económico (rendimentos, proteção social, oportunidade de um trabalho digno), do meio físico (acessibilidade a serviços de transporte, moradias e vizinhança seguras e apropriadas, água limpa, ar puro e alimentos seguros), social (apoio social, educação e alfabetização, prevenção de violência e abuso), e ainda relativos aos serviços sociais e de saúde de que as pessoas beneficiam (orientados para a promoção de saúde e prevenção de doenças, acessíveis e de qualidade) (Ribeiro & Paúl, 2011).



Os três pilares que sustentam o envelhecimento ativo, são: a saúde, a segurança e a participação social (OMS, 2005). Posteriormente, foi acrescentado o pilar da aprendizagem ao longo da vida (OMS, 2015). O pilar da saúde realça a importância dos idosos zelarem pela sua saúde, quando necessário auxiliados por diagnóstico médico, pois uma boa saúde facilita o processo de envelhecimento. O pilar da segurança alerta para questões relativas ao planeamento urbano e habitacional, assim como chama a atenção para ambientes de violência social das comunidades, tudo isto são condicionantes para uma boa qualidade de vida. O pilar da participação social destaca a importância das relações sociais no envelhecimento, assim como a participação em atividades ligadas à comunidade, apontando este como um dos principais desafios do envelhecimento, a manutenção das relações. Por fim, o pilar da aprendizagem ao longo da vida, refere a importância de adquirir novos conhecimentos ao longo da vida, porque é claro que pessoas com menos instrução e conhecimentos se encontram associadas a grupos mais vulneráveis, logo quanto maiores forem os conhecimentos das pessoas, mais salvaguardadas estão de integrar um grupo de pessoas vulneráveis (OMS, 2005, 2015).

Face ao anteriormente exposto, percebe-se que o envelhecimento ativo tanto se aplica a pessoas individuais como a grupos populacionais, favorece a compreensão do potencial das pessoas face ao bem-estar físico, social e mental ao longo da vida e apela à participação das pessoas na sociedade conforme as suas necessidades, desejos e capacidades, para além de incentivar, a uma constante aprendizagem no decorrer das suas vidas, assim como permite proteção, segurança e cuidados adequados quando necessários (OMS, 2005, 2015).

## **2. Satisfação com a vida**

Face aos conceitos anteriormente apresentados, tais como envelhecimento bem-sucedido e envelhecimento ativo, torna-se importante uma análise mais abrangente sobre a satisfação com a vida, pois esta é uma questão fortemente presente a par do bem-estar e da qualidade de vida nas várias propostas acerca do envelhecimento.

### **2.1. Conceitos e Medidas**

Quando se investiga a temática da satisfação com a vida percebemos que são variadas as definições, sendo que algumas são mais concordantes e outras mais discordantes. No entanto percebe-se que sobre esta temática ainda existe uma grande incerteza, apesar de ser claro que o bem-estar subjetivo está associado a este construto. De salientar que no presente estudo, considera-se que a satisfação com a vida é distinta de bem-estar subjetivo.

O bem-estar subjetivo é definido como a procura em compreender a avaliação que os indivíduos fazem sobre a sua vida. É consensual que é composto pelas seguintes dimensões: satisfação com a vida e afetos positivos e negativos, sendo que a satisfação com a vida diz respeito a uma dimensão cognitiva e os afetos positivos e negativos englobam a experiência de sentimentos (Diener, Suh & Oishi, 1997). Entende-se que uma pessoa possui um elevado bem-estar subjetivo quando está satisfeita com a vida e vive de maneira positiva (Martinez & Garcia, 1994). Diener (1984) dá ênfase a três aspetos do bem-estar subjetivo, sendo os mesmos, a subjetividade do conceito, não ser restrito à ausência de fatores negativos, mas incluir também fatores positivos e por fim, o facto de ser uma medida geral não se centrando apenas num momento da vida.

Face ao exposto de acordo com Simões e colaboradores (2003), o bem-estar subjetivo deve ser estudado individualmente de forma a ser possível obter-se uma visão global do mesmo. Sendo então a satisfação com a vida um bom indicador social subjetivo (Schwarz & Strack, 1991), torna-se importante para o presente estudo definir e explorar o conceito de satisfação com a vida, considerando as características e implicações que a mesma pode trazer para o envelhecimento.

Uma das primeiras definições do conceito de satisfação com a vida refere que é uma apreciação cognitiva da vida, através de um juízo subjetivo, de acordo com o padrão estabelecido pelo sujeito e não em critérios que o investigador considera importantes (Diener, 1984).

A satisfação com a vida é definida como uma avaliação subjetiva global sobre a satisfação e/ou felicidade com a vida pessoal que cada indivíduo faz sobre si (Dinner, Oishi & Lucas, 2003; Cheung & Lucas 2015). Dinner, Oishi e Lucas (2003) acrescentam que a presença de aspetos positivos e aspetos negativos também influenciam a satisfação com a vida. Assim como Joia, Ruiz e Donalisio (2007) referem que a satisfação com a vida é um fenómeno complexo e difícil de medir, pois é subjetivo.

Martins, Santos e Andrade (2015) referem que a satisfação com a vida é algo que é desejado em qualquer etapa da vida, inclusive na velhice, sendo referido pelos autores a influência de variáveis pessoais, sociais e psicológicas, para o alcance da mesma.

Já Albuquerque e Tróccoli (2004) definem satisfação com a vida como um julgamento cognitivo de alguns domínios específicos na vida como saúde, trabalho, condições da habitação, relações sociais, autonomia, entre outros. A apreciação da satisfação com a vida depende de uma comparação entre as circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão por ele estabelecido.

Kocjan (2017) apresenta uma concepção mais simples definindo satisfação com a vida como a forma como as pessoas mostram as suas emoções e sentimentos e como se sentem em relação às suas direções e opções para o futuro. A satisfação com a vida é avaliada como um todo, em vez de sentimentos e emoções que são experienciados no momento. O autor define a satisfação com a vida como um estado de emoção, tal como a felicidade ou tristeza.

De acordo com Calixto e Martins (2010), são cinco os fatores preditores do nível de satisfação com a vida: variáveis sociodemográficas, relacionamentos sociais, personalidade, *coping* e autoestima.

Relativamente às variáveis sociodemográficas, Banhato, Ribeiro e Guedes (2018) referem que a idade, o género e a escolaridade podem ter influência na satisfação com a vida, esclarecendo, no entanto, que existem ideologias diferentes, existindo autores que defendem que a satisfação com a vida aumenta com a idade, e outros que se mantêm estática. Já, quanto ao género há quem se incline para maior satisfação com a vida nos homens, outros indicam maior satisfação com a vida nas mulheres.

Wichmann, Couto, Areosa e Montañés (2013) referem que os relacionamentos sociais estão fortemente associados ao suporte social, sendo que podem aumentar de intensidade ao longo da vida e influenciar a satisfação com a vida.

No que diz respeito à personalidade, nos mais velhos as características de personalidade podem manter-se estáveis ou alterarem-se influenciadas por experiências vivenciadas ao longo da vida. Isto faz com quem tenha que existir uma adaptação das pessoas a essas mudanças, no entanto é comum as características manterem-se estáveis (Farina, Lopes & Argimon, 2016). Importa referir que pessoas com níveis superiores de extroversão tendem a ter atitudes mais positivas face ao

envelhecimento, o que se traduz numa possível maior satisfação com a vida (Silva, Farias, Oliveira & Rabelo, 2012).

Sousa, Mendonça, Zanini e Nazareno (2009) definem *coping* como um conjunto de estratégias cognitivas e/ou comportamentais que, para além dos seus recursos, surgem para enfrentar exigências internas e externas. Torna-se necessário existir estratégias cognitivas e/ou comportamentais para que as pessoas aceitem as adversidades que possam existir ao longo da vida para posteriormente experienciarem a satisfação com a vida (Resende, Silva, Marques & Abreu, 2008).

A definição de autoestima refere que é o grau de positividade que as pessoas têm relativamente a si próprias, assim como o respeito e a apreciação que fazem de si (Spirduso, 1995). Moksnes e Espnes (2013) referem que as pessoas com elevada autoestima podem utilizar a mesma como um recurso ou fator protetor face a adversidades que ocorrem ao longo da vida, isto pode vir a implicar uma maior satisfação com a vida, comparativamente a pessoas que tem baixa autoestima.

Hernández, López-Fernández e Ortiz-Alonso (2009) corroboram os autores anteriormente referidos, afirmando especificamente que fatores sociodemográficos tais como género, idade, nível de escolaridade e relações sociais influenciam o nível de satisfação com a vida. A natureza física, como a independência funcional e mobilidade física, também está fortemente ligada à satisfação com a vida (Sposito, D'Elboux, Neri & Guariente, 2013).

A satisfação com a vida aumenta à medida que as pessoas se tornam mais velhas porque se tornam mais sábias e mais instruídas, começam a ver que a vida será melhor à medida que envelhecem e compreendem melhor as coisas importantes da vida (Uma Devi, Kavithakian & Swachita, 2015). Isto deve-se ao facto de a satisfação com vida quer passada, quer futura mudar progressivamente com a idade, enquanto a satisfação com a vida presente se mantém estável ao longo da vida (Fujita & Diener, 2005).

O equilíbrio dos idosos pode ser afetado por determinados eventos de vida, isto consequentemente poderá afetar e provocar o declínio da satisfação com a vida. No entanto, Diener e Ryan (2009) referem que as pessoas mais velhas possuem recursos psicológicos que permitem superar/amenizar possíveis eventos de vida adversos fazendo com que a satisfação com a vida volte ao seu nível inicial.

Calixto e Martins (2010) referem que apesar do rumo que a satisfação com vida pode sofrer ao longo do processo de envelhecimento, existem valores altos de

satisfação com a vida em idades superiores a 65 anos, independentemente da condição de saúde ou possíveis perdas que possam ocorrer.

A satisfação com a vida na velhice é descrita como um sentimento de felicidade, contentamento e preenchimento, sendo experienciado quando existe uma adaptação positiva às alterações da velhice. É apontada como a chave para o envelhecimento bem-sucedido, trazendo implicações positivas para a qualidade de vida dos indivíduos (Martins, Santos & Andrade, 2015)

A avaliação que os mais velhos fazem de si próprios está correlacionada com a forma como a sociedade vê o envelhecimento. Percebe-se que a conotação negativa que é atribuída a esta fase de vida, pode fazer com os idosos não consigam adotar valores positivos nas suas vidas. No entanto, quem se consegue abstrair desta conotação e rodear-se de quem atribui uma simbologia positiva e natural ao envelhecimento, consegue mais facilmente dar sentido à vida, ser feliz e usufruir das componentes positivas de envelhecer (Martins, Andrade & Rodrigues, 2010).

De acordo com Borg, Halberg e Blomqvist (2006) são diversos os fatores que podem afetar a satisfação com a vida, nomeadamente saúde precária, pobreza, incapacidade, solidão, ansiedade e baixos rendimentos. Face a isto, o estudo da satisfação com a vida é emergente na gerontologia, para que na prática gerontológica os profissionais possam ter meios para minimizar questões associadas à temática e proporcionar um envelhecimento bem-sucedido.

O grau de satisfação com a vida varia consoante o sucesso de um processo adaptativo contínuo às modificações. A maior ou menor satisfação com que os idosos vivem a vida está relacionada com a representação que fazem do seu passado e do seu futuro, especificamente se alcançaram os objetivos definidos (como por exemplo a independência económica, casar os filhos, etc.). Importa referir que o idoso pode estar perante uma situação de conflito familiar ou ter uma doença grave, no entanto minimizar estes factos e não os valorizar como mecanismo de defesa para não sofrer e abalar a sua satisfação com a vida. Por muito que exista um mau passado, este pode não ter qualquer influência na vida das pessoas pois tudo irá depender da forma como a mesma utilizará os seus mecanismos de defesa (Barreto, 2005).

A satisfação com a vida é frequentemente avaliada pela Escala de Satisfação com a Vida, originalmente criada e validada por Diener, Emmons, Larsen e Griffin em 1985, sofrendo várias adaptações para as populações de vários países. A Escala de Satisfação com a Vida avalia o lado positivo da experiência das pessoas ao longo da vida, não se focando em emoções desagradáveis. Ao tentar medir a satisfação com a

vida, esta medida centra-se nos padrões de avaliação individuais de cada um, isto é, cada pessoa baseia-se nos domínios que considera relevantes para julgar a sua satisfação com a vida em geral (Pavot & Diener, 1993).

Em suma, o conceito de satisfação com a vida é um conceito subjetivo, relacionado com a satisfação pessoal, pode ser avaliado através da forma como corre a vida do indivíduo, estando fortemente relacionado com questões relativas ao trabalho, saúde, relações sociais, condições de habitação, autonomia, funcionalidade, género, idade e escolaridade. A satisfação com a vida é uma avaliação global da vida e é um indicador de qualidade de vida, no entanto é distinto de qualidade de vida. Como anteriormente referido, uma pessoa pode não ter saúde ou ter baixos rendimentos ou não ter relações familiares/amizade e, no entanto, estar satisfeito com a sua vida, o inverso pode igualmente acontecer, todos os preditores serem positivos e a pessoa não estar satisfeita com a sua vida, devido, por exemplo, a expetativas, objetivos ou sonhos anteriormente definidos que não foram concretizados (Calixto & Martins, 2010; Diener & Ryan, 2009; Martins, Andrade & Rodrigues, 2010; Borg, Halberg e Blomqvist, 2006).

## **2.2. Resultados da investigação**

Nesta secção serão apresentados alguns resultados relevantes de estudos realizados ao longo dos últimos anos, sobre a Satisfação com a Vida em pessoas mais velhas.

Calixto e Martins (2010) realizaram um estudo em que pretenderam perceber a influência de fatores biológicos (como a funcionalidade), fatores psicológicos (como a cognição) e fatores sociais (como a rede de apoio familiar e afetiva) na Satisfação com a Vida em idosos institucionalizados. A amostra foi constituída por 39 idosos que foram avaliados em diversas áreas com vários instrumentos, sendo a satisfação com a vida avaliada com a Escala de Satisfação com a Vida (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985, versão adaptada por Simões, 1992). Os principais resultados indicaram que a média de idades era de 82 anos e 20 idosos frequentavam o centro de dia e 19 idosos residiam numa estrutura residencial para pessoas idosas. Relativamente às atividades básicas de vida diária, 84,62% era independente e no que diz respeito às relações sociais foram consideradas densas e estruturadas. No que refere à satisfação com a vida, a média geral (15,85) representou um valor ligeiramente mais alto do que o ponto médio da escala (15). Os autores concluíram

que a idade, o tempo de institucionalização e o nível de independência não tinham influência na satisfação com a vida, ao contrário das relações sociais que poderiam estar correlacionadas com a mesma.

Uma Sevi, KavithaKiran e Swachita (2015) estudaram a satisfação com a vida relacionada com a idade, género e local de residência (instituição/casa). A amostra foi constituída por 180 pessoas, sendo 120 não institucionalizadas (60 homens e 60 mulheres) e 60 institucionalizadas (30 homens e 30 mulheres). O instrumento utilizado neste estudo foi a Escala de Satisfação com a Vida (Diener, Emmons, Larsen & Griffinem, 1985). Os resultados do estudo demonstraram que a maioria dos homens (56,66%) e a maioria das mulheres (61,11%) estavam muito satisfeitos com a vida. Os autores dividiram a amostra em dois grupos, idosos institucionalizados e não institucionalizados, e perceberam que os idosos institucionalizados tinham valores superiores de satisfação com a vida, apresentando a maioria (82%) uma satisfação com a vida muito acima da média. Relativamente à idade, os idosos foram divididos em dois grupos (idosos mais jovens e idosos mais velhos) e percebeu-se que a maioria (idosos jovens: 57,77%; idosos mais velhos: 63,25%) dos idosos nos dois grupos apresentava uma satisfação com a vida acima da média, no entanto os autores salientaram o facto dos idosos mais velhos apresentaram uma percentagem significativa (25,57%) de idosos com uma satisfação com a vida abaixo da média. Os autores concluíram que os idosos que viviam em casa com as suas famílias apresentam maior satisfação com a vida do que idosos institucionalizados e que idosos mais velhos tinham pior satisfação com a vida.

Em ambos os estudos, o de Calixto e Martins (2010) e o de Uma Sevi, KavithaKiran e Swachita (2015), as amostras eram constituídas por idosos a residir em casa ou em instituições, no entanto, no estudo de Calixto os idosos frequentavam o centro de dia. As principais conclusões de ambos os estudos foi o facto das relações sociais terem uma grande influência na satisfação com a vida das pessoas, assim como viver em casa também apresentar uma relação significativa com a mesma. No entanto, no estudo de Calixto e Martins (2010) a idade não pareceu ter relação com o nível de satisfação com a vida, enquanto que no estudo de Uma Sevi, KavithaKiran e Swachita (2015) foi claro que os idosos mais velhos tinham uma pior satisfação com a vida, na perspetiva dos autores tal pode dever-se ao facto do processo de envelhecimento implicar perdas a nível cognitivo, físico e social, o que poderá traduzir-se numa pior satisfação com a vida.

Sousa e colaboradores (2015) realizaram um estudo com o objetivo de caracterizar a influência do domínio material (comportamento relativo a dinheiro/possibilidades económicas) na satisfação com a vida de idosos a viver sozinhos. A amostra foi constituída por 96 participantes (47 homens e 49 mulheres), organizados em três grupos, 32 participantes de classe baixa, 32 de classe média e 32 de classe alta. No estudo foram utilizados vários instrumentos de avaliação, inclusive a Escala de Satisfação com a Vida (Diener, Emmons, Larsen & Griffinem, 1985, versão adaptada por Simões, 1992) e questões sociodemográficas. Os resultados revelaram que a média de idades dos participantes era de 75 anos, 96,9% eram independentes a nível físico, a maioria era casada e tinha em média dois filhos. Olhando para a divisão realizada pelos autores em três grupo, no que diz respeito à área de residência, a maioria dos idosos do grupo de classe baixa (96,9%) e de classe média (65,6%) habitava em zona rural, enquanto o grupo de classe alta a maioria (100%) vivia na zona urbana. Relativamente à educação, a maioria dos idosos da classe baixa (78,1%) e da classe média (78,1%) tinha escolaridade primária, já a maioria do grupo de idosos da classe alta (46,9%) tinha escolaridade ao nível do ensino superior. No que concerne aos rendimentos, os indivíduos de classe alta apresentam melhor perceção dos mesmos, do que os indivíduos de classe baixa, assim como a satisfação com a vida é melhor percecionada pelos idosos da classe alta face aos outros dois grupos. Os autores concluíram que a amostra apresentou uma satisfação com a vida moderada e uma correlação entre a mesma e o ordenado mensal, no entanto mais nenhuma variável afetou a satisfação com a vida deste grupo.

Relativamente a um estudo em que foram relacionadas variáveis sociodemográficas e psicossociais com a satisfação com a vida, Martins, Santos e Andrade (2015) reuniram uma amostra de 66 idosos (40 mulheres e 26 homens) a residir em casa (usufrutuários de serviço de apoio domiciliário). Foram utilizados neste estudo os seguintes instrumentos de avaliação: a Escala Apgar da Família (Smilkstein, 1978 versão adaptada por Agostinho & Rebelo, 1988), a Escala de Investimento na Vida Pessoal de Freire (2001) e a Escala de Satisfação com a Vida (Diener, Emmons, Larsen & Griffinem, 1985, versão adaptada por Simões, 1992). No que diz respeito aos resultados obtidos, a média de idades foi de 77 anos, verificando-se que a maioria dos indivíduos era casados (36,4%), possuía um nível de escolaridade baixo (30,3% com menos de quatro anos de escolaridade), encontrava-se no limiar de pobreza, dado que 60,6% auferia entre os 250€ e os 500€, e 21,2% recebia menos que 250€ mensais. A maioria dos idosos (87,9%) referiu que em caso de ajuda teriam apoio, sendo que 54,5% considera fazer parte de uma família funcional. Relativamente à satisfação com



a vida, 45,5% dos idosos encontrava-se pouco satisfeito, 36,3% muito satisfeito e 18,2% moderadamente satisfeito. Os autores concluíram que a satisfação com a vida não estaria correlacionada significativamente com as variáveis sociodemográficas e psicossociais neste grupo de idosos.

Nos estudos anteriormente descritos de Sousa e colaboradores (2015) e Martins, Santos e Andrade (2015), ambos relacionaram variáveis sociodemográficas com a satisfação com a vida. Assim sendo, percebeu-se que o nível de rendimento tem influência na satisfação com a vida para Sousa e colaboradores (2015), no entanto, para Martins, Santos e Andrade (2015) não foi clara a correlação entre o rendimento, variáveis sociodemográficas e a satisfação com a vida.

Heo, Stebbins, Kim e Lee (2013) realizaram um estudo com o objetivo de explorar a relação entre lazer, satisfação com a vida e saúde. No que concerne à amostra a mesma foi constituída por 454 idosos provenientes de dois eventos desportivos para pessoas mais velhas. No estudo foram utilizados os seguintes instrumentos: Escala de Satisfação com a Vida (Diener, Emmons, Larsen & Griffinem, 1985), SF-12 Health Survey (Ware, Kosinski and Keller's, 1996) e Serious Leisure Inventory Measure (Gould, Moore, McGuire & Stebbins, 2008). Os resultados mostraram que a maioria era constituída por homens (65,4%) e as idades do grupo oscilavam entre os 50 e 95 anos ( $M=68$ ), sendo que a maioria era casada (77,8%) e tinha escolaridade ao nível do ensino superior (43,0%). Os autores dividiram a amostra em três grupos: os que tinham alto envolvimento no grupo de lazer (HIG), os que tinham médio envolvimento no grupo de lazer (MIG) e os tinham baixo envolvimento no grupo de lazer (LIG). O grupo de alto envolvimento apresentou maior satisfação com a vida ( $M=29,02$ ), melhor saúde física ( $M=54,56$ ) e melhor saúde mental ( $M=53,29$ ). Os autores concluíram que, apesar do grupo de alto envolvimento apresentar uma média superior no que diz respeito à satisfação com a vida, a mesma não é muito mais elevada que a dos restantes grupos. No entanto, através dos resultados obtidos os autores perceberam que o envolvimento em atividades de lazer está correlacionado com a satisfação com a vida e a saúde física e mental.

Hernández, López-Fernandéz e Ortiz-Alonso (2009) estudaram a relação entre a funcionalidade e o grau de satisfação com a vida em pessoas mais velhas com um estilo de vida ativo. A amostra foi constituída por 340 pessoas idosas que foram avaliados com vários instrumentos, incluindo a Escala de Satisfação com a Vida (Diener, Emmons, Larsen & Griffinem, 1985). Os resultados indicaram que a maioria da amostra era constituída por mulheres ( $n=310$ ), a média de idades era de 72 anos, a

maioria possuía habilitações ao nível do ensino primário (n=265) e eram maioritariamente provenientes de zona urbana (n=175). Relativamente às relações sociais, apenas 97 idosos se sentiam sozinhos. Quanto à satisfação com a vida, os autores perceberam que idosos com menos estudos tinha maior satisfação com a vida, o grupo entre os 70 e os 74 anos de idade tinha maior satisfação com a vida face ao grupo dos mais velhos, os participantes com mais défices cognitivos apresentavam menor satisfação com a vida, assim como os participantes com maior dependência revelavam maior satisfação com a vida. Os autores concluíram que os resultados vão ao encontro da literatura, sendo que as variáveis nível de estudos, cognição e dependência podem influenciar a satisfação com a vida, no entanto destacam que neste estudo o nível de escolaridade menor estar associado a maior satisfação com a vida, isto pode dever-se ao facto da maioria da amostra ser mulheres, o que se traduz em menor escolaridade. Quanto ao facto de maior dependência ser igual a maior satisfação com a vida, poderá justificar-se devido aos idosos mais velhos, serem os mais dependentes, os mesmos poderão saber lidar e aceitar as perdas normativas associadas à idade melhor em comparação com os idosos mais jovens. Os autores ainda destacam que participar em atividades e ter melhores relações são variáveis que proporcionam uma possível maior satisfação com a vida.

Ao analisar os estudos de Heo, Stebbins, Kim e Lee (2013) e Hernández, López-Fernandéz e Ortiz-Alonso (2009) percebe-se que apesar de um ser mais recente que o outro, ainda se continua a verificar que a participação social, nomeadamente participar em atividades de lazer e de interesse dos idosos, associa-se a uma maior satisfação com a vida. Sendo que os autores salientam o facto de o envolvimento em atividades estar fortemente relacionado com a melhoria e aumento de relações sociais, o que se poderá traduzir numa maior satisfação com a vida.

Ratigan, Kritz-Silverstein e Barrett-Connor (2016), realizaram um estudo com o objetivo de estudar transversalmente as associações das funções cognitiva e física com a satisfação com a vida em pessoas com 60 ou mais anos pertencentes à classe média, a residir na comunidade. A amostra foi constituída por 1042 participantes avaliados através da Escala de Satisfação com a Vida (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985). No que diz respeito aos resultados, a maioria da amostra foi constituída por mulheres (n=632) e a média de idades de 74 anos. Os autores referiram que os homens ( $M=25,8$ ) apresentaram maior satisfação com a vida do que as mulheres ( $M=25,1$ ), no entanto, estes valores não se revelaram estatisticamente significativos. Para além disto, as mulheres apresentaram maior comprometimento da função física e cognitiva, no entanto, a função física estava correlacionada com a

satisfação com a vida, o que não aconteceu com a função cognitiva. Em conclusão, os autores perceberam que a função física terá maior influência na satisfação com a vida do que a função cognitiva e que este facto ocorrer maioritariamente em mulheres.

No estudo em que o objetivo foi analisar os fatores associados à satisfação com a vida em idosos da Argentina, Acosta (2019) reuniu uma amostra de 4652 idosos. Foram utilizados vários instrumentos de forma a avaliar vários fatores associados à satisfação com a vida, incluindo a Escala de Satisfação com a Vida (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985, versão adaptada por Casullo & Castro Solano, 2000). Os resultados do estudo indicaram que a maioria da amostra era constituída por mulheres ( $n=2669$ ), com idades compreendidas entre os 60 e os 75 e mais anos, sendo que o grupo entre os 60 e 74 anos era onde se situava a maioria da amostra (70,4%), a maioria era casada (55,27%) e, tinha um nível médio de escolaridade (45,92). No que diz respeito à satisfação com a vida, os homens apresentaram valores mais altos ( $M=28,1$ ) face às mulheres ( $M=27,9$ ), no entanto não existiram diferenças estatisticamente significativas. Os autores concluíram que em ambos os géneros, mais idade, menor nível de escolaridade e participar ativamente na comunidade (participar em viagens, fazer voluntariado, ajudado os outros, estar com os amigos) poderá traduzir-se em maior satisfação com a vida. Especificamente, nas mulheres a incapacidade física traduz-se em menor satisfação com a vida, enquanto nos homens menor autoperceção de memória é igual a menor satisfação com a vida.

Os estudos de Ratigan, Kritz-Silverstein e Barrett-Connor (2016) e de Acosta (2019) não apresentaram diferenças significativas nas questões de género, no entanto em ambos os homens apresentaram uma maior satisfação com a vida. Importa referir que nos dois estudos as questões físicas, nomeadamente maior dependência se correlaciona com a satisfação com a vida, Acosta (2019) refere que tal se pode dever ao facto de os homens quando dependentes costumam ser ajudados por membros de família ou por profissionais especializados, o que não acontece tanto com as mulheres.

Em conclusão todos os estudos anteriormente analisados avaliaram a satisfação com a vida com a Escala de Satisfação com a Vida de Diener, Emmons, Larson e Griffin (1985) na sua versão original ou adaptações da mesma. Os estudos procuram estudar analisar a relação da satisfação com a vida com uma diversidade de variáveis, tais como género, idade, rendimentos, dependência física e cognitiva, saúde, relações sociais, atividades de lazer, entre outras. A investigação analisada parece reforçar a pertinência da satisfação com a vida enquanto indicador do modo como as pessoas

estão a envelhecer. Neste contexto, uma outra variável tem sido assumida como um indicador relevante do modo como as pessoas envelhecem, referimo-nos à qualidade de vida, pelo que analisaremos a seguir este construto.

### **3. Qualidade vida**

Após na secção anterior ter sido analisado o conceito de satisfação com a vida, torna-se relevante para o presente estudo proceder à análise do conceito de qualidade de vida, diferenciando o dos conceitos de satisfação com a vida e bem-estar, apesar de os mesmos estarem relacionados como anteriormente referido.

#### **3.1. Conceito e medidas**

A qualidade de vida não é um conceito propriamente recente, sendo que Seidl e Zannon (2004) relatam que o mesmo poderá ter surgido em meados da década de 30. No entanto, o interesse pelo construto emergiu nas últimas décadas, acredita-se que devido à sua multidimensionalidade, ou seja, poderá ser analisado e avaliado numa diversidade de áreas (Canavarro & Serra, 2010).

O conceito apresenta uma diversidade de definições, no entanto algumas acabam por se completar ou relacionar. Diener e Suh (1997) referem que as definições desenvolvidas entre as décadas de 80 e 90 podem ser organizadas em três grupos: no primeiro grupo enquadram-se as que valorizam os indicadores sociais (saúde e níveis de criminalidade), no segundo grupo, as que são suportadas por indicadores bem-estar subjetivo (avaliações realizadas pelos indivíduos sobre as suas vidas e comunidades onde estão inseridos) e no terceiro grupo as que se baseiam em indicadores económicos.

Canavarro (2010) refere que a associação do conceito de qualidade de vida à saúde advém da definição de saúde proposta pela OMS em 1984, que refere que a saúde engloba o bem-estar físico, mental e social e não se limitando apenas à ausência de doença. Com esta definição surgiu a necessidade das intervenções não se limitarem à diminuição da mortalidade e aumento da esperança de vida, mas incidirem também sobre o bem-estar e qualidade vida das pessoas.

No início da década de 90 surgiu o Whoqol Group constituído por vários estudiosos. Este grupo tinha como objetivo discutir o conceito que qualidade de vida e criar um instrumento de avaliação universal. Foi percebido por este grupo que o conceito de qualidade de vida deveria englobar três aspetos basilares: subjetividade (a pessoa deve definir qualidade de vida a partir do seu ponto de vista), multidimensionalidade (deve ser constituído por diferentes dimensões), e, presença de dimensões positivas e negativas (Canavarro, 2010).

Assim sendo, a Organização Mundial de Saúde (Whoqol Group, 1994, p.28) define a qualidade de vida como a “perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

A saúde física, o estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e o ambiente são fatores que influenciaram a construção da definição de qualidade de vida proposta pela OMS, sendo a mesma uma avaliação subjetiva (Whoqol Group, 1995).

Serra (2010) explica que foram identificados 24 aspetos importantes na vida das pessoas, sendo que estes foram denominados de facetas. Sendo as facetas divididas em seis Domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspetos espirituais/religião/crenças pessoais) no instrumento original de avaliação da qualidade de vida proposto pelo Whoqol Group. De referir que o instrumento inicial era composto por 100 questões (Whoqol), o que o tornava muito extenso, havendo a necessidade posteriormente de construir um instrumento mais curto, este composto por 26 questões (Whoqol-Bref) que englobava quatro Domínios (físico, psicológico, social e ambiente). De ressaltar que o uso destes instrumentos de avaliação são a forma mais comumente utilizada para a avaliação da qualidade de vida.

Ao longo dos anos vários autores têm abordado a qualidade de vida e para além da definição anteriormente apresentada da OMS, existem outros autores que deram o seu contributo para esta temática.

Marques, Sánchez e Vicario (2014) perspetivam a qualidade de vida como um fenómeno subjetivo alicerçado na perceção que o indivíduo tem de vários componentes das suas experiências de vida, assim como, as condições de vida desejadas pelo indivíduo no que diz respeito à habitação, comunidade e trabalho e às condições de saúde e bem-estar.

Numa definição mais relacionada com a saúde, a qualidade de vida nos mais velhos é percebida como a manutenção da saúde em todos os aspetos da vida humana: físicos, sociais, psicológicos e espirituais (Martins, Scheneider, Coelho, Nascimento, Albuquerque, Erdmann & Gama, 2009).

Já para Canavarro e Serra (2010), a qualidade de vida é perspectivada como um conceito amplo, que integra fatores individuais, assim como a realização bem-sucedida de objetivos, estados ou condições previamente definidas, o sentimento de bem-estar e de satisfação vivenciado pelos indivíduos no momento presente das suas vidas.

Mundialmente, a qualidade de vida está a ser empregue como um construto sensibilizador que referencia a noção individual centrada na perspectiva de uma vida com qualidade, isto é, este construto social serve como critério de avaliação das várias dimensões de qualidade de vida (Schalock & Verdugo, 2007).

Para Farquhar (1995), a qualidade de vida é estabelecida através de critérios objetivos e subjetivos. Sendo os critérios subjetivos o bem-estar, a felicidade, a realização pessoal e outros, e os critérios objetivos relacionados com a satisfação das necessidades básicas pessoais e em sociedade.

Apesar de existirem definições que atribuem a qualidade de vida a questões físicas, existem outras que a perspectivam como um conceito multidimensional. Llobet, Ávila, Farràs e Canut (2011) referem que são vários os estudos que apontam fatores influenciadores da mesma tais como: saúde geral, saúde mental e física, bem-estar psicológico, produtividade, autonomia, capacidade funcional, autoestima, atividades de tempo livre, apoio familiar e social, recursos e serviços e acesso aos mesmos, ambiente, estado da habitação, satisfação com a vida e expectativas face à vida.

A definição da OMS de qualidade de vida (1994, anteriormente apresentada) refere que a mesma está associada a diversos domínios, nomeadamente saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e relação com aspetos relevantes do meio ambiente (Whoqol Group, 1994).

Gallardo-Peralta e colaboradores (2018) referem que as variáveis que dizem respeito à qualidade de vida são: possuir rede de apoio social, ter boa saúde (associada à funcionalidade física), ter capacidade de autoeficácia e um ambiente físico protegido.

O envelhecimento tem sido alvo de destaque nos últimos anos, dada ao aumento do número de pessoas mais velhas e da esperança média de vida. Vilar e

colaboradores (2010) referem que apesar de existirem perdas significativas relacionadas com o envelhecimento, as pessoas mais velhas apresentam capacidades cognitivas, emocionais/afetivas e de aprendizagem ao longo da vida que podem ser usadas para possíveis intervenções a nível da qualidade de vida, satisfação com a vida, bem-estar e envelhecimento bem-sucedido.

Em 1999, surge através do grupo do Whoqol, o projeto Whoqol-Old. Este projeto objetivou adaptar as medidas de qualidade de vida para a população mais velha, de forma a complementar os instrumentos de medição de qualidade de vida geral. Assim sendo, após um estudo intensivo, foi criado um instrumento que incide sobre 40 itens agrupados em seis facetas (funcionamento sensorial; autonomia; morte e morrer; atividades passadas, presentes e futuras; participação/isolamento; e, ocupação do tempo) (Vilar, Simões, Sousa, Firmino, Paredes & Lima, 2010).

Ao longo da vida, os riscos existentes a nível socioeconómico e biológico, conjuntamente com o estilo de vida adotado pelas pessoas, têm influência no processo de envelhecimento e na qualidade de vida. No entanto, alguns fatores externos influenciam a acessibilidade aos serviços de saúde, e posteriormente a qualidade de vida dos indivíduos (acesso a transporte, distâncias geográficas para a aquisição de bens e serviços e o tempo necessário para deslocações) (Tavares, Gomes, Dias & Santos, 2012).

Garbaccio, Tonaco, Estêvão e Barcelos (2018) corroboram as questões acima referidas e referem que ao longo do processo de envelhecimento existem indivíduos que têm uma vida com qualidade e saúde, devido à ausência de patologias, autocuidado satisfatório, bons níveis de controlo de stress e satisfação com a vida. Ao invés disto, há indivíduos que experienciam inatividade, fadiga, perda de massa muscular, anorexia, comorbidades e sintomas depressivos, o que tem implicações negativas na qualidade de vida dos mais velhos. A adoção de estilos de vida saudáveis, favorecer a saúde e aproveitar oportunidades no envelhecimento contribui para a melhoria da qualidade de vida (Silva, Lima & Galhardoni, 2010).

A qualidade de vida dos indivíduos que estão a envelhecer é influenciada pelas perdas e carências que estes sofrem, mas a dimensão que esses acontecimentos têm nas suas vidas estão dependentes do significado que lhes é atribuído (Barreto, 2005).

Nos mais velhos a qualidade de vida pode ser boa ou conservada se os mesmos se mantiverem ativos, com autonomia e independentes, com boa saúde física e possuírem relações sociais (Martins, Schneider, Coelho, Nascimento, Albuquerque, Erdmann & Gama, 2009). A qualidade de vida dos mais velhos pode ser conservada

ou aumentada, apesar de uma saúde física má, desde que outras dimensões se mantenham, nomeadamente saúde mental, relações sociais e ambientais e estatuto económico (Layte, Sexton & Savva, 2013).

A OMS (2005) refere que não é tarde para promover novos estilos de vida na última fase de vida, realizar atividades físicas adequadas, alimentação saudável, usar medicamentos em prol de uma boa saúde, favorece uma vida com qualidade. Para além disso, Ponce, Lezaeta e Lorca (2011) referem que quando se observa diferenças de género na qualidade de vida, percebe-se que o género feminino está associado a pior perceção de bem-estar, pior funcionalidade e pior salário, o que poderá ter implicações negativas na qualidade de vida.

Quartilho (2010) refere que a qualidade de vida não é sinónimo de satisfação com a vida. A satisfação com a vida engloba uma componente subjetiva como anteriormente foi referido, sendo que é uma derivação da qualidade de vida das pessoas idosas e um indicador relevante no processo de envelhecimento. Importa salientar que a satisfação com a vida é um componente cognitivo do bem-estar subjetivo. Com isto, compreende-se que elevada satisfação com a vida indica que a qualidade de vida nos indivíduos é boa, assim como, a baixa satisfação com a vida, tem implicações negativas na mesma (Prasoon & Chaturvedi, 2016).

Clarificando a diferença entre qualidade de vida, bem-estar subjetivo e satisfação com a vida, Serra (2010) refere que quando se compara qualidade de vida e bem-estar, se percebe que o bem-estar subjetivo está fortemente associado aos estados afetivos positivos ou negativos das pessoas, enquanto a qualidade de vida tem um objetivo mais amplo, avaliando questões explícitas e implícitas das pessoas. Olhando para a satisfação com a vida e a qualidade de vida, o autor refere a semelhança dos conceitos e da sua avaliação, no entanto destaca que a qualidade de vida é avaliada de forma mais aprofundada do que satisfação com a vida. É importante assegurar a distinção conceptual dos conceitos de forma a se poder fazer uma avaliação mais ampla dos mesmo com vista a promover o envelhecimento bem-sucedido.

### **3.2. Resultados da investigação**

Nesta secção serão apresentados alguns resultados relevantes de estudos realizados nos últimos anos sobre a temática da Qualidade de Vida no âmbito do envelhecimento.



Num estudo onde se pretendeu comparar a qualidade de vida de idosos a viver na comunidade e idosos institucionalizados, fizeram parte da amostra 288 idosos da comunidade e 76 idosos institucionalizados. A qualidade de vida foi avaliada com Whoqol-Bref (Whoqol Group, 1998, adaptação para português do Brasil por Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 1999). Os resultados indicaram que a média de idades dos idosos da comunidade era de 71 anos e dos idosos institucionalizados era de 77 anos, a maioria da amostra no grupo dos idosos a viver na comunidade era mulheres (67,4%), enquanto no grupo de idosos institucionalizados a proporção de mulheres e homem era igual (50%). Relativamente à escolaridade a maioria dos idosos a viver na comunidade possuía o ensino primário completo (66,7%) enquanto a maioria dos idosos institucionalizados eram analfabetos ou tinham o ensino primário incompleto (80,3%). A maioria dos idosos no grupo da comunidade tinha alguma atividade de lazer (92,0%) ao contrário do grupo institucionalizado em que só 48,70% tinha alguma atividade. No que diz respeito à qualidade de vida, o grupo da comunidade apresentou melhor qualidade de vida no Domínio físico ( $M=68,61$ ), psicológico ( $M=69,69$ ) e relações sociais ( $M=75,10$ ), enquanto o grupo institucionalizado revelou melhor qualidade de vida. Os autores concluíram que não existiram diferenças significativas em residir na comunidade em comparação com uma instituição, no entanto as variáveis sociodemográficas como idade, escolaridade, autoavaliação de saúde e realizar atividade pareceram ter implicações na qualidade de vida dos idosos (Vitorino, Paskulin & Vianna, 2013).

Dawalibi, Goulart e Prearo (2014) analisaram a influência de possíveis fatores intervenientes na qualidade de vida de idosos. A amostra foi constituída por 182 idosos que foram avaliados por vários instrumentos de avaliação, incluindo a Anamnese (onde foram extraídos dados sociodemográficos como o género, município de residência, idade, estado civil, nível de escolaridade, entre outros) e o Whoqol-Bref (Whoqol Group, 1998, adaptado por Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 1999). Os resultados indicaram que a maioria dos participantes era do género feminino (89,6%), com média de idades de 67 anos, casados (47,8%) e residia acompanhado (75,8%). De forma geral, as variáveis que tiveram influência nos Domínios da qualidade de vida foram ter ensino superior completo (Domínio ambiente), idade avançada (Domínio ambiente) e ausência de doenças (Domínio físico, psicológico, relações sociais e ambiente). Os autores referiram que maior escolaridade é igual a maior qualidade de vida. Relativamente à idade avançada, os autores verificaram melhor qualidade de vida nos idosos mais velhos face aos mais novos, o que referem poder dever-se ao facto de os idosos mais

novos estarem menos preparados para o processo de envelhecimento. Por fim, quanto à ausência de doenças, os idosos que não apresentavam doença tinham melhores níveis de qualidade de vida.

Nos estudos de Vitorino, Paskulin e Vianna (2013) e de Dawalibi, Goulart e Prearo (2014) foi possível perceber que as variáveis sociodemográficas poderão ter influência na qualidade de vida geral dos mais velhos e nos seus Domínios, no entanto em ambos os estudos são apontadas, a escolaridade, a idade e a autopercepção de saúde, de salientar que em nenhum dos estudos o género é apontado como relevante para a qualidade de vida.

Campos, Ferreira e Vargas (2015) desenvolveram um estudo onde procuravam construir um indicador de envelhecimento ativo e testar a sua associação com a qualidade de vida e possíveis determinantes segundo género. A amostra integrava 2052 idosos. Para avaliar os participantes foram utilizados vários instrumentos, entre os quais o World Health Organization Quality of Life instrument-Bref (Whoqol-Bref) (Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 2000) e o World Health Organization Quality of Life instrument-Old (Whoqol-Old) (Fleck, Chachamovich & Trentini, 2006). Os resultados do estudo mostraram que a amostra era maioritariamente constituída por mulheres (51,4%) sendo a idade média 71 anos. A maioria dos homens era casada (74,5%) enquanto a maioria das mulheres era separada/solteira/viúva (61,7%). A maioria dos homens e mulheres praticavam atividade física (homens=73,8%; mulheres:73,2%). Os autores dividiram os participantes em idosos com envelhecimento normal e idosos com envelhecimento ativo, sendo que a maioria dos homens (58,0%) fazia parte do grupo de envelhecimento ativo enquanto a maioria das mulheres fazia parte grupo de envelhecimento normal (51,8%). No que diz respeito às mulheres, as que do grupo do envelhecimento ativo, apresentavam pontuação superior nos Domínios da qualidade de vida do que as do grupo de envelhecimento normal, o mesmo aconteceu com os homens. Os autores concluíram que os fatores mais importantes para o envelhecimento ativo eram a qualidade de vida e participar em grupos comunitários, sendo o envelhecimento ativo um forte preditor de qualidade de vida. No entanto, existiam diferenças de género quanto aos preditores de envelhecimento ativo, sendo nos homens a participação em grupos comunitários e nas mulheres as questões monetárias, participação em grupos comunitários e não sofrer quedas.

Gallardo-Peralta e colaboradores (2018) realizaram um estudo com o objetivo de identificar diferenças de bem-estar associadas às condições de saúde física

(dependência e problemas de saúde) e qualidade de vida, em função do género. A amostra foi constituída por 777 idosos avaliados com Questionário de Problemas de Saúde (Herrera, Barros & Fernández, 2007), Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) e Whoqol-Bref (Whoqol Group, 1998). Os resultados demonstraram que a maioria dos participantes era do género feminino (n=488), a média de idades era de 70 anos, a maioria era casada (48%), residia em zona urbana (87%) e tinha escolaridade básica ou média (82%). Quando se analisaram diferenças entre géneros, verificou-se que os homens tinham pontuação superior nos Domínios físico e psicológico e as mulheres nos Domínios relações sociais e ambiente. Mas quando se observou a qualidade de vida geral verificou-se que as mulheres tinham uma melhor perceção de qualidade de vida do que os homens. Os autores concluíram que na qualidade de vida as questões objetivas estão associadas aos homens por experienciarem sentimentos mais positivos, terem maior segurança económica e menos doenças crónicas, enquanto as questões subjetivas estão associadas às mulheres, estas estão mais satisfeitas com elas próprias, com as suas redes sociais e com as suas habitações e serviços de saúde.

Campos, Ferreira, Vargas e Albala (2014) realizaram um estudo com o objetivo de analisar a relação entre qualidade de vida, género, saúde física e psicossocial em idosos da comunidade, procurando identificar fatores associados a melhor qualidade de vida. A amostra foi constituída por 2052 pessoas com mais de 60 anos avaliados com questões sobre dados sociodemográficos e socioeconómicos, questão de resposta curta (sim ou não) relativa à atividade física e participação social, Mini Mental State Examination (Brucki, Nitrini, Caramelli, Bertolucci & Okamoto, 2003), Geriatric Depression Scale (Almeida & Almeida, 1999), World Health Organization Quality of Life Assessment-Brief Instrument (Whoqol-Bref) (Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 2000) e World Health Organization Quality of Life Instrument-Older Adults Module (Whoqol-Old) (Fleck, Chachamovich & Trentini, 2006). Os resultados indicaram que a média de idades dos participantes era de 71 anos e a maioria era do género feminino (n=1126). A maioria das mulheres vivia só (71,5%), enquanto a maioria dos homens vivia com os cônjuges (75,5%). A maioria das mulheres era solteira, separada ou viúva (61,7%) face à maioria dos homens que era casada (74,5%). Os idosos foram divididos em três grupos relativamente à qualidade de vida: má qualidade de vida, moderada qualidade de vida e boa qualidade de vida. A maioria dos idosos foi incluída no grupo de idosos com moderada qualidade de vida (n=1054). Os idosos com melhor autoavaliação de saúde, ausência de sintomas depressivos e ausência de disfunção familiar, tinham melhor perceção de

qualidade de vida. Quanto às questões de género os homens reformados tinham melhor qualidade de vida face aos não reformados e mulheres que não praticam atividade física tinham menor qualidade de vida. Em conclusão, os autores perceberam que existiam diferenças de género relativamente à qualidade de vida, a qualidade de vida das mulheres estava fortemente associada a boa saúde física e psicossocial, no entanto para os homens para além da boa saúde física e psicossocial são acrescentadas as condições socioeconómicas favoráveis.

Nos três estudos anteriormente descritos, percebe-se que as questões de género têm vindo a ser correlacionadas com a qualidade de vida, ao contrário de dois estudos anteriormente referidos (Vitorino, Paskulin & Vianna, 2013; Dawalibi, Goulart & Prearo, 2014). Nos estudos de Campos e colaboradores (2014) e Gallardo-Peralta e colaboradores (2018) verificou-se que questões monetárias estavam fortemente relacionadas com a qualidade de vida nos homens, enquanto no estudo de Campos e colaboradores (2015) este facto estava associado às mulheres. Percebe-se, no entanto, que a participação social e a saúde física e emocional estavam associadas à qualidade de vida em ambos os géneros, podendo afetar a qualidade de vida de homens e mulheres idosos (Campos, Ferreira, Vargas & Albala, 2014; Gallardo-Peralta *et al.*, 2018; Campos, Ferreira & Vargas, 2015).

Oliveira e colaboradores (2016) realizaram um estudo em que o objetivo foi analisar as diferenças entre qualidade de vida e capacidade funcional em mulheres idosas que participavam e não participavam em de atividades sociais. A amostra era constituída por 62 idosas mulheres que foram avaliados por vários instrumentos, entre os quais o Whoqol-Bref (Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 2000) e Whoqol-Old (Fleck, Chachamovich & Trentini, 2006). Relativamente aos resultados percebeu-se que a amostra foi dividida em dois grupos: o grupo de idosos que participam em atividades (Grupo 1) e o grupo de idosos que não participa em atividades (Grupo 2), cada grupo era constituído por 31 idosos. A maioria dos idosos dos dois grupos não era casada (Grupo 1: 61,3%; Grupo 2: 74,2%) e não tinha o ensino primário completo (Grupo 1: 67,7%; Grupo 2: 48,4%). Relativamente aos Domínios da qualidade de vida só se verificaram diferenças significativas no Domínio relações sociais, sendo que o grupo que participava em atividades apresentou melhor qualidade de vida do que o grupo que não participava (Grupo 1:  $M=16,00$ ; Grupo 2:  $M= 14,67$ ). Quanto à qualidade de vida geral, o grupo que participava em atividades apresentou maior qualidade de vida do que o grupo que não participava (Grupo 1:  $M=73,20$ ; Grupo 2:  $M= 71,40$ ). Os autores concluíram que quando foram relacionadas as variáveis sociodemográficas e participar em atividades, percebeu-se que não

existiram diferenças significativas, sendo os dois grupos homogêneos no que refere às características sociodemográficas. No entanto, percebe-se que as relações sociais são um grande preditor de qualidade de vida, e que participar em grupos de atividades promove as relações sociais e melhora, consequentemente, a qualidade de vida dos mais velhos.

Tavares, Dias e Munari (2012) compararam os níveis de qualidade de vida em idosos que participam e não participam em atividades de grupo educativas. A amostra foi constituída por 1255 idosos avaliados com Whoqol-Bref (Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 2000) e Whoqol-Old (Fleck, Chachamovich & Trentini, 2006). e questões sobre variáveis sociodemográficas. Os resultados indicaram que a amostra foi dividida em dois grupos: os que participavam nas atividades de grupo educativas (n=251) e os que não participavam neste tipo de atividades (n=1004). A maioria dos idosos dos dois grupos era do género feminino (67,7%) e concentrava-se na faixa etária 60-70 anos (51,8%). A maioria dos idosos dos dois grupos era casada (grupo que participa em grupos educacionais: 53,0%; grupo que não participa em grupos educacionais: 48,0%). A maioria dos idosos que participava em grupos educacionais tinha escolaridade entre o 1 a 4 anos de estudos (41,0%) enquanto os idosos que não participam em grupos educacionais tinham 4 a 8 anos (33,4%). Relativamente à qualidade de vida, os idosos que participavam em atividades de grupos educativos apresentaram qualidade de vida superior no Domínio psicológico ( $M=67,30$ ), enquanto os idosos que não participavam em atividades de grupos educativos apresentavam qualidade de vida superior nos Domínios físico ( $M=60,49$ ), relações sociais ( $M=69,18$ ) e ambiente ( $M=62,65$ ). Os autores concluíram que os idosos que não participavam em atividades de grupos educativas apresentavam melhor qualidade de vida face aos que participavam na mesma, no entanto, estes não desvalorizam a importância destas atividades, indicando que futuramente as mesmas terão que ser melhor desenhadas e adequadas aos idosos deste grupo de forma a atingir o principal objetivo que é promover a qualidade de vida dos mais velhos.

Os estudos anteriormente descritos relacionam a qualidade de vida com a participação em atividade (sociais, recreativas, educativas) percebeu-se nos dois estudos que participar em atividades é um dos aspetos importante para orientar a vida dos mais velhos para uma vida com qualidade. No entanto, encontraram-se diferenças, no estudo de Oliveira e colaboradores (2016) percebeu-se que participar em atividades proporciona melhor qualidade de vida, enquanto no estudo de Tavares e colaboradores (2012) tal não se verificou, no entanto os autores justificaram este resultado por as atividades que decorreram poderem não estar adaptadas para o nível

de escolaridade dos participantes nas atividades, o que posteriormente se poderá ter traduzido numa pior qualidade de vida face aos idosos que não participavam em atividades. Além disso, os autores destacam o papel da prática ou do envolvimento em atividades, como contributo para partilhar experiências, manutenção de relações e autonomia dos idosos, com vista a melhor qualidade de vida e satisfação com a vida.

## **CAPÍTULO II- MÉTODO**

---





Neste capítulo serão apresentadas as questões metodológicas anexas ao presente estudo.

## **1- Plano de investigação e participantes**

Este estudo do ponto de vista metodológico é de natureza quantitativa, de forma a ser possível uma recolha e análise de dados para responder às questões de investigação, recorrendo à medição numérica e estatística para estabelecer com precisão os modelos de comportamento de uma população. Sendo os principais objetivos dos estudos de natureza quantitativa: (1) contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos; (2) possibilitar a generalização dos resultados; e, (3) prever e controlar os acontecimentos (Sampieri, Collado & Lucio, 2010).

Considera-se o presente estudo como um estudo descritivo, uma vez que se pretende descrever de maneira simples um fenómeno ou um conceito relativo a uma determinada população de forma a definir as características da mesma (Fortin, 1999). Ao mesmo tempo é um estudo correlacional, porque se espera verificar relações existentes entre as variáveis em estudo (Fortin, 1999). Um estudo correlacional deve ter no mínimo a participação de 30 indivíduos (Mertens, 2010).

Relativamente ao momento em que ocorrem as observações, optou-se pela realização de um estudo transversal, uma vez que a avaliação destas variáveis foi efetuada num único momento. Fortin (2009) refere que este tipo de estudo avalia a frequência de certo acontecimento ou de um problema numa população, num determinado momento.

A amostra do presente estudo é constituída por 104 participantes, que fazem parte de dois grupos distintos: o grupo de referência (Grupo PIA), constituído por 52 participantes que integram as atividades dos programas/projetos de intervenção autárquica, e o Grupo de Comparação, constituído igualmente por 52 participantes, mas estes não participam nos programas/projetos anteriormente referidos. No que diz respeito à seleção da amostra esta é de carácter não probabilístico e por conveniência, de carácter não probabilístico dado que a amostra foi selecionada por critérios subjetivos ao investigador tendo por base os objetivos do estudo e por conveniência face aos participantes que integram o estudo estarem ao alcance do investigador e dispostas a responder a uma entrevista e/ou questionário (Sampieri *et al.*, 2010; Mertens, 2005). Por fim, foram tidos em conta os seguintes critérios de

inclusão: 1) pessoas com idade compreendida entre os 55 e os 84 anos, inclusive; 2) pessoas a residir em casa; 3) pessoas que participam em programas/projetos de intervenção autárquica (para os participantes que integram o Grupo PIA).

## **2- Instrumentos/técnicas de recolha de dados/informar**

De forma a ir de encontro ao objetivo do estudo foi utilizado o protocolo de investigação e consentimento informado, do projeto AgeNortC – *Envelhecimento, Participação Social e Detecção Precoce da Dependência: Capacitar para a 4ª Idade*, fazendo parte do mesmo os seguintes instrumentos: **Questionário de Participação Social** (Bastos, Pimentel, Silva, Monteiro & Faria, 2018); Mini Mental State Examination (Folsten, Folsten & McHugh, 1975; Guerreiro, *et al.*, 1994; Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009); Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (Lubben, 1998 *et al.*, 2006; Ribeiro, *et al.* 2012); **Escala de Satisfação com a Vida** (Diener, Emmons, Larsen & Griffen, 1985; Neto, Barros & Barros, 1990); Escala de Bem-Estar Psicológico - versão reduzida (Ryff, 1989; Ryff & Keys, 1995; versão portuguesa de Novo, Silva & Peralta, 1997, 2004); Questionário de Otimização Seletiva com Compensação (Baltes, Baltes, Freund & Lang, 1999; Freund & Baltes, 1998, 2002; adaptação em curso); Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007); **Escala WHOQOL-Bref** (WHOQOL Group, 1998; Canavarro *et al.*, 2007).

Face ao exposto é de referir que neste estudo serão utilizados os dados relativos ao **Questionário de Participação Social** (Bastos, Pimentel, Silva, Monteiro & Faria, 2018), **Escala de Satisfação com a Vida** (Diener, Emmons, Larsen & Griffen, 1985; Neto, Barros & Barros, 1990) e **Escala Whoqol-Bref** (Whoqol Group, 1998; Canavarro *et al.*, 2007).

O **Questionário de Participação Social** (Bastos, Pimentel, Silva, Monteiro & Faria, 2018) foi construído especificamente para avaliar as questões relativas à participação social e encontra-se dividido em três partes: A. Dados Sociodemográficos, que contém questões sociodemográficas como idade, género, escolaridade, estado civil assim como questões relacionadas com a vida familiar e saúde; B. Participação em programas/projetos de intervenção autárquica engloba questões acerca da participação nos programas/projetos de intervenção autárquicas, tais como motivação para participar nos mesmos, o tempo e frequência de participação, assiduidade; C. Participação social global, engloba questões acerca de participação em outras atividades que não os programas/projetos de intervenção autárquica.

A **Escala de Satisfação com a Vida** (Diener, Emmons, Larsen & Griffen, 1985; Neto, Barros & Barros, 1990) avalia a satisfação com a vida enquanto processo de avaliação cognitiva, de julgamento que cada pessoa faz sobre a sua qualidade de vida, de acordo com os parâmetros estabelecidos por si. Esta medida é composta por cinco itens, sendo que as opções de resposta estruturadas numa escala tipo likert de sete pontos, onde 1 corresponde a totalmente em desacordo e 7 a totalmente de acordo. A pontuação oscila entre os 5 pontos (baixa satisfação) e os 35 pontos (alta satisfação), sendo que 20 representa o ponto médio. A versão original do instrumento apresenta seis pontos de corte: (1) pontuação entre 5 e 9 indica extrema insatisfação com a vida; (2) pontuação entre 10 e 14 é igual a insatisfação; (3) pontuação entre 15 e 18 refere ligeira insatisfação; (4) pontuação entre 21 e 25 aponta ligeira satisfação; (5) pontuação entre 26 e 30 indica satisfação; e, (6) pontuação entre 31 e 35 aponta extrema satisfação (Pavot & Diener, 1993). No entanto, a versão portuguesa do instrumento não apresentou pontos de corte (Neto, Barros & Barros, 1990). No que diz respeito aos valores de fiabilidade do instrumento foi encontrada uma boa consistência interna (Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,87), sendo aplicado o teste-reteste com um intervalo de diferença de dois meses, apresentando boa fidedignidade (0,82). De forma a perceber-se a validade convergente foi comparado com vários testes, foi encontrada uma forte correlação significativa com grande parte dos testes (entre 0,32 e 0,75), com exceção do Affect Intensity Measure (0,09) onde não se verificou correlação significativa (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985). Relativamente à versão portuguesa encontra-se um coeficiente de alfa de Cronbach de 0,78. Quanto à validade verificam-se bons indicadores existindo correlações significativas com a eficácia pessoal no ensino, aceitação/rejeição pessoal, autoeficácia, autoconceito total, maturidade psicológica e ansiedade social (Neto, Barros & Barros, 1990).

A **Escala Whoqol-Bref** (Whoqol Group, 1998; Canavarro *et al.*, 2007) avalia a qualidade de vida percebida pelo sujeito. Antes de se chegar à criação deste instrumento, foi construído o WHOQOL-100 pelo grupo da OMS, que consiste em 100 questões que correspondentes a seis Domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade), sendo esses Domínios divididos em 24 facetas. No entanto surgiu a necessidade de um instrumento mais curto, que permitisse uma avaliação da qualidade de vida em situações de escassez de tempo, face a esta necessidade o mesmo grupo desenvolveu o Whoqol-Bref, instrumento utilizado neste estudo. O Whoqol-Bref detém 26 questões, análogas a quatro Domínios de Qualidade de Vida: físico, psicológico, relações sociais, e ambiente. Das 26 questões, duas são gerais da qualidade de vida,

enquanto as restantes representam uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. Cada uma destas facetas é avaliada por uma pergunta. As respostas para as perguntas do Whoqol-Bref são dadas numa escala do tipo Likert de cinco pontos. As perguntas são respondidas através de quatro tipos de escala: intensidade, capacidade, frequência e avaliação. Das 26 questões apenas três (questão 3, 4 e 26) estão enunciadas de forma negativa, isto é, estando as questões formuladas de forma positiva quanto maior pontuação mais qualidade de vida, nestas três exceções a pontuação é invertida. Relativamente à fiabilidade, a versão portuguesa do instrumento apresenta valores aceitáveis com um alfa de Cronbach de 0,92 ao nível das 26 questões/itens que fazem parte do mesmo, sendo que varia entre 0,64 (Domínio relações sociais) e 0,87 (Domínio físico) para os quatro Domínios (Canavarro et al., 2010). Estes valores vão de encontro ao instrumento original, o caso o alfa de Cronbach variou entre 0,66 para o domínio relações sociais e 0,84 para o domínio físico (Whoqol group, 1998). Quanto à validade discriminante, o instrumento distingue corretamente as pessoas ditas normais das com doença médica associada, tanto nos Domínios como na qualidade de vida/faceta geral. Em relação à validade de conteúdo, foram encontrados valores estatisticamente significativos ( $p < 0,001$ ), sendo entre o Domínio psicológico e os restantes três Domínios (físico -  $r=0,55$ ; relações sociais -  $r=0,56$ ; e ambiente -  $r=0,57$ ) e entre os Domínios relações sociais e ambiente ( $r=0,50$ ) foram encontradas correlações mais altas. Na Qualidade de vida/faceta geral foi encontrada uma correlação mais forte com o Domínio físico ( $r=0,72$ ) (Canavarro et al., 2010).

### **3- Procedimentos de recolha de dados**

A recolha de dados ocorreu entre os meses de março e abril de 2018. Inicialmente as pessoas foram selecionadas de acordo com os critérios de inclusão supracitados. Posteriormente foram contactadas de forma a realizar uma breve apresentação do estudo e averiguar do interesse em participar no mesmo. Após a aceitação telefónica foi agendada a data da recolha de dados.

O protocolo foi administrado aos participantes nos locais onde decorriam as atividades inseridas nos programas de intervenção autárquicas (juntas de freguesias e associações) e na Escola Superior de Educação do Instituto Superior Politécnico de Viana do Castelo.

Aquando da aplicação do protocolo, os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo, assim como a duração estimada da aplicação do protocolo. Foi clarificada que a participação no mesmo era voluntária e que haveria hipótese de interromper e desistir a qualquer momento. Foi garantida a confidencialidade dos dados recolhidos assim como o anonimato dos mesmos, para esse efeito foi assinado por ambas as partes o consentimento informado.

Após aceitação de todos os passos anteriormente descritos, iniciou-se a administração do protocolo de recolha de dados. A administração dos protocolos teve uma duração media entre 45 a 60 minutos.

Numa primeira fase procedeu-se à avaliação dos participantes que integravam os PIA. Uma vez finalizada esta avaliação procedeu-se à análise da distribuição da idade e do género neste grupo, sendo que o grupo de Comparação foi constituído no sentido de emparelhar o grupo PIA ao nível destas duas variáveis. Ou seja, o grupo Comparação foi constituído em igual proporção de idade e género ao grupo PIA.

#### **4- Estratégias de análise de dados**

A análise de dados foi concretizada através do programa estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 22, sendo elaborada uma análise estatística descritiva e inferencial no estudo de forma a explorar a relação de variáveis.

Relativamente aos dados do questionário de participação os mesmo foram analisados de forma descritiva utilizando frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e medidas de dispersão. No que concerne à estatística inferencial, foram utilizados vários testes, tais como o Manny Whitney, Teste T e ANOVA.



### **CAPÍTULO III – RESULTADOS**

---





Neste capítulo serão apresentados os resultados relativos à qualidade de vida e satisfação com a vida em função da resposta dos 104 participantes que integraram a amostra do presente estudo. Os resultados encontram-se divididos em três pontos: 1) Descrição dos participantes e participação nos Programas/projetos de intervenção autárquica; 2) Satisfação com a Vida e Qualidade de Vida; 3) Análise de diferenças entre grupos.

## **1. Descrição dos participantes e participação nos Programas/projetos de Intervenção Autárquica (PIA)**

Nesta secção será inicialmente realizada uma breve caracterização sociodemográfica dos participantes do Grupo PIA e do Grupo de Comparação, posteriormente serão apresentados os dados relativos ao Grupo PIA e por fim, serão abordadas as atividades sócio recreativas para além dos PIA, onde são incluídos os dois grupos anteriormente referidos.

### **1.1. Caraterização sociodemográfica dos participantes**

O presente estudo está dividido em dois grupos distintos, o Grupo PIA com 52 participantes e o Grupo de Comparação com outros 52 participantes (Tabela 1).

Relativamente ao género, ambos os grupos são constituídos predominantemente por mulheres (80,8%), com uma média de idades no Grupo PIA de 72,4 ( $dp=5,8$ ) e no Grupo de Comparação de 72,9 ( $dp= 6,0$ ), sendo a maioria casados (61,5%).

No que diz respeito ao nível de escolaridade os grupos são bastantes semelhantes.

As diferenças que se destacam são relativas aos idosos sem escolaridade e com ensino superior. O Grupo PIA não possui nenhum participante com as características referidas, contrariamente ao Grupo de Comparação que tem quatro idosos sem escolaridade (7,7%) e um idoso com o ensino superior (1,9%). Verificando a amostra total a maioria dos idosos possui entre o 1º e o 4º ano de escolaridade (80,8%).

Quanto à situação profissional, a maioria dos participantes são reformados (93,1%).

No que concerne ao rendimento mensal salienta-se que o Grupo de Comparação tem idosos com rendimentos mais elevados do que o Grupo PIA, havendo seis idosos (12,0%) a ganhar mais de 2000 euros mensais. Analisando a amostra total percebe-se

que os participantes estão concentrados em dois tipos de intervalos, os participantes que recebem entre 421 euros a 750 euros (29,7%) e os que recebem entre 751 euros e 1000 euros (28,7%).

Relativamente ao número de filhos observa-se que o valor mínimo é 0 e o valor máximo é 12 (sendo que no Grupo PIA o máximo é de 6 filhos), a média total de filhos é de 2,7 (dp=1,6).

A última variável diz respeito a viver ou não viver acompanhado e constata-se que os 104 participantes deste estudo vivem maioritariamente (74,0%) com outras pessoas.

*Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes*

	Grupo PIA <i>n</i> = 52		Grupo Comparação <i>n</i> = 52		Total <i>n</i> = 104	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Idade <i>M</i> (DP)	72,4 (5,8)		72,9 (6,0)		72,6 (5,9)	
(mín – máx)	61 – 83		55 – 84		55 – 84	
55 – 64	2	3,8	2	3,8	4	3,8
65 – 74	32	61,5	32	61,5	64	61,5
75 – 84	18	34,6	18	34,6	36	34,6
Género						
Feminino	42	80,8	42	80,8	84	80,8
Masculino	10	19,2	10	19,2	20	19,2
Estado Civil						
Solteiro(a)	2	3,8	3	5,8	5	4,8
Casado(a)/União de facto	32	61,5	32	61,5	64	61,5
Separado(a)/Divorciado(a)	5	9,6	1	1,9	6	5,8
Viúvo(a)	13	25,0	16	30,8	29	27,9
Nível de Escolaridade						
Sem escolaridade	--	--	4	7,7	4	3,8
1º - 4º anos	46	88,5	38	73,1	84	80,8
5º - 6º anos	1	1,9	1	1,9	2	1,9
7º - 9º anos	2	3,8	3	5,8	5	4,8
10 - 12º anos	3	5,8	5	9,6	8	7,7
Ensino superior	--	--	1	1,9	1	1,0
Situação Profissional						
Empregado	--	--	4	7,8	4	3,9
Desempregado	3	5,9	--	--	3	2,9
Reformado	48	94,1	47	92,2	95	93,1
Rendimento Mensal						
Inferior a 250€	3	5,9	1	2,0	4	4,0
De 250€ a 420€	9	17,6	7	14,0	16	15,8
De 421€ a 750€	13	25,5	17	34,0	30	29,7
De 751€ a 1000€	21	41,2	8	16,0	29	28,7
De 1001 a 2000€	5	9,8	11	22,0	16	15,8
Superior a 2000€	--	--	6	12,0	6	5,9
Tem filhos	45	91,8	49	94,2	94	93,1
N.º de Filhos <i>M</i> (DP)	2,6 (1,2)		2,9 (1,9)		2,7 (1,6)	
<i>Mo</i>	2		2		2	
(mín – máx)	1 – 6		1 – 12		1 – 12	
Vive com outras pessoas	37	71,2	40	76,9	77	74,0

## 1.2. Caracterização do Grupo PIA

Como forma de caracterizar o Grupo PIA, e dada a importância da participação em Programas/Projetos de intervenção autárquica, serão apresentados dados relativos aos programas e aos participantes que integram os mesmos.

*Tabela 2. Programas*

	Grupo PIA			
	n = 52			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Envelhecer com qualidade				
Baile	23	44,2	29	55,8
Cinema	4	7,7	48	92,3
Oficinas	3	5,8	49	94,2
Teatro	7	13,5	45	86,5
Jardim PAM	14	26,9	38	73,1
Vencer a idade com saúde				
Ginástica	37	71,2	15	28,8
Hidroginástica	38	73,1	14	26,9

De acordo com a Tabela 2, percebemos que as atividades que integram os PIA são diversificadas, fazendo parte de dois programas: Envelhecer com Qualidade e Vencer a idade com saúde. Inseridas no programa Envelhecer com qualidade estão as seguintes atividades: Baile, Cinema, Oficinas, Teatro e Jardim PAM. No programa Vencer a idade com saúde estão as atividades de Ginástica e Hidroginástica. As atividades com maior adesão são o Baile (44,2%), o Jardim PAM (26,9%) e a Ginástica e Hidroginástica com, respetivamente, 71,2% e 73,1%. As atividades com menos participantes são o Cinema (7,7%), as Oficinas (5,8%) e o Teatro (13,5%).

*Tabela 3. Motivos que incentivaram a participação nos PIA*

	Grupo PIA	
	n = 52	
	n	%
Ocupar o tempo	30	57,7
Conhecer novas pessoas	20	38,5
Manter a saúde	41	78,8
Praticar atividade física	23	44,2
Participar em atividades de que gosta	20	38,5
Outro		
Envolvimento com os outros	5	9,6
Envolvimento em atividades	4	7,7
Recomendação médica	3	5,8

Quanto à Tabela 3 observa-se que são diversificados os motivos que incentivaram os participantes a integrarem as atividades recreativas e sociais dos programas de

intervenção da Câmara Municipal: 57,7% dos participantes referiram “ocupar o tempo”, 38,5% mencionaram “conhecer novas pessoas”, 78,8% aludiram “manter a saúde”, 44,2% referiram “praticar atividade física” e 38,5% “participar em atividades que gostam”. Para além destes motivos, 23,1% dos participantes referiram outros motivos: 9,6% mencionaram motivos relacionados com o envolvimento com os outros, 7,7% referiram motivos relacionados com o envolvimento em atividades e 5,8% aludiram motivos relacionados com recomendação médica.

*Tabela 4. Categorização do tempo de participação nos PIA*

	Grupo PIA	
	<i>n</i> = 52	
	<i>n</i>	%
<1 ano	4	7,7
1-3 anos	18	34,6
4-6 anos	13	25,0
+6 anos	17	32,7

A Tabela 4 representa a divisão em categorias relativamente ao período de tempo de participação nos PIA. Verifica-se que a maioria dos participantes frequenta os PIA entre 1 e 3 anos (34,6%).

*Tabela 5. Frequência atual de participação nos PIA*

	Grupo PIA	
	<i>n</i> = 52	
	<i>N</i>	%
Uma vez por semana	11	21,2
Duas vezes por semana	29	55,8
Uma vez por mês	10	19,2
Outra		
Quatro vezes por semana	1	1,9

Relativamente à frequência atual de participação nos PIA (Tabela 5), constata-se que a maioria dos participantes frequentam os programas duas vezes por semana (55,8%).

*Tabela 6. Assiduidade aos PIA*

	Grupo PIA	
	<i>n</i> = 52	
	<i>n</i>	%
Sim	51	98,1
Não	1	1,9

Quanto à Tabela 6, constatou-se que os participantes do estudo são assíduos nos PIA, sendo que 98,1% dos participantes assinalaram “sim” quanto à sua assiduidade.

### 1.3. Atividades sócio-recreativas para além dos PIA

Para além dos PIA, os participantes, quer do Grupo PIA quer do Grupo de Comparação, realizam outras atividades. Nesta secção serão descritos os resultados obtidos.

*Tabela 7. Participação em outras atividades sociais e recreativas*

	Grupo PIA		Grupo Comparação		Total	
	<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 104	
	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Sim	18	34,6	25	48,1	43	41,3
Não	34	65,4	27	51,9	61	58,7

Relativamente à Tabela 7, verifica-se que a maioria dos participantes não participam em atividades para além dos PIA (58,7%).

*Tabela 8. Tipologia de atividades*

	Grupo PIA		Grupo Comparação		Total	
	<i>n</i> = 18		<i>n</i> = 25		<i>n</i> = 43	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Atividade física	4	22,2	9	36,0	13	30,2
Envolvimento com os outros	9	50,0	5	20,0	14	32,6
Atividades de lazer	4	22,2	9	36,0	13	30,2
Voluntariado	1	5,6	2	8,0	3	7,0

Observando a Tabela 8 constata-se que a tipologia das atividades é variada, sendo as mesmas: atividade física, envolvimento com os outros, atividades de lazer e voluntariado. Dos 18 participantes do Grupo PIA 50,0 % participam maioritariamente em atividades relacionadas com o envolvimento com os outros. Dos 25 participantes do Grupo de Comparação 36,0% participam maioritariamente em atividades relacionadas com a atividade física e de lazer. De todas as atividades descritas a que tem menor adesão é o voluntariado (7,0%).

*Tabela 9. Atividades novas realizadas no último ano*

	Grupo PIA		Grupo Comparação		Total	
	n = 51		n = 52		n = 103	
	n	%	n	%	n	%
Sim	5	9,8	1	1,9	6	5,8
Não	46	90,2	51	98,1	97	94,2

Em relação à Tabela 9 percebe-se que 94,2% dos participantes não realizaram novas atividades para além das integradas nos PIA durante o último ano.

*Tabela 10. Tipologia de atividades recreativas e sociais novas não integradas nos PIA realizadas no último ano*

	Grupo PIA		Grupo Comparação		Total	
	n = 5		n = 1		n = 6	
	n	%	n	%	n	%
Atividade física	1	20,0	--	--	1	16,7
Envolvimento com os outros	3	60,0	--	--	3	50,0
Atividades de lazer	1	20,0	1	100,0	2	33,3

Observando a Tabela 10 verifica-se que dos 5 participantes do Grupo PIA que realizaram atividades recreativas e sociais novas não integradas nos PIA no último ano, a maioria indicou o envolvimento com os outros (60,0%). Quanto ao Grupo de Comparação apenas um participante realizou atividades de lazer.

*Tabela 11. Participação em atividades atualmente*

	Grupo PIA		Grupo Comparação		Total	
	n = 52		n = 52		n = 104	
	n	%	n	%	n	%
Maior do que antes	24	46,2	9	17,3	33	31,7
Igual a antes	21	40,4	20	38,5	41	39,4
Menor do que antes	7	13,5	23	44,2	30	28,8

Relativamente ao Grupo PIA a maioria dos participantes realizam mais atividades atualmente do que no passado (Tabela 11 - 46,2%). Já no Grupo de Comparação é o inverso, a maioria dos participantes realizam menos atividades atualmente do que no passado (44,2%).

*Tabela 12. Percepção da participação em atividades relativamente a pessoas da mesma idade*

	Grupo PIA		Grupo Comparação		Total	
	n = 52		n = 52		n = 104	
	n	%	n	%	N	%
Maior do que a maioria das pessoas	23	44,2	13	25,0	36	34,6
Igual à maioria das pessoas	26	50,0	22	42,3	48	46,2
Menor do que a maioria das pessoas	3	5,8	17	32,7	20	19,2

Na Tabela 12 observa-se que a maioria dos participantes, quer no Grupo PIA quer no Grupo de Comparação, realizam de igual forma atividades comparativamente à maioria das pessoas da mesma idade (50,0% e 42,3%).

*Tabela 13. Atividades realizadas no último ano*

	Grupo PIA				Grupo Comparação				Total			
	n = 52				n = 52				n = 104			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ir a restaurantes, cafés, assistir a eventos desportivos ou espetáculos culturais	37	71,2	15	28,8	42	80,8	10	19,2	79	76,0	25	24,0
Fazer viagens ou excursões com outras pessoas	39	75,0	13	25,0	25	48,1	27	51,9	64	61,5	40	38,5
Visitar ou receber amigos/familiares/vizinhos	46	90,2	5	9,8	47	92,2	4	7,8	93	89,4	9	8,7
Participar numa associação/grupo	25	49,0	26	51,0	11	21,2	41	78,8	36	34,6	67	64,4
Frequentar a igreja ou serviços religiosos	47	90,4	5	9,6	44	88,0	6	12,0	91	87,5	11	10,6
Ajudar familiares/amigos/vizinhos sem ser pago por isso	46	88,5	6	11,5	44	84,6	8	15,4	90	86,5	14	13,5
Fazer voluntariado	4	7,7	48	92,3	7	13,5	45	86,5	11	10,6	93	89,4

Relativamente às atividades realizadas no último ano (Tabela 13), no Grupo PIA a maioria dos participantes frequentaram a igreja ou serviços religiosos (90,4%), seguido de visitarem ou receberem amigos/familiares/vizinhos (90,2%) e no Grupo de Comparação a maioria visitou ou recebeu amigos/familiares/vizinhos (92,2%) seguido de frequentar a igreja ou serviços religiosos (88,0%). No geral, a maioria visitou ou recebeu amigos/familiares/vizinhos (88,4%) seguido de frequentarem a igreja ou serviços religiosos (87,5%).

*Tabela 14. Grau de entusiasmo em fazer planos para o futuro e trabalhar para a sua concretização*

	Grupo PIA		Grupo Comparação		Total	
	<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 50		<i>n</i> = 102	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
0 (Nada entusiasmado)	1	1,9	6	12,0	7	6,9
1	3	5,8	--	--	3	2,9
2	--	--	--	--	--	--
3	5	9,6	1	2,0	6	5,9
4	2	3,8	--	--	2	2,0
5	13	25,0	14	28,0	27	26,5
6	3	5,8	--	--	3	2,9
7	5	9,6	3	6,0	8	7,8
8	7	13,5	7	14,0	14	13,7
9	7	13,5	8	16,0	15	14,7
10 (Totalmente entusiasmado)	6	11,5	11	22,0	17	16,7

No que concerne à Tabela 14, as respostas variam de 0 (Nada entusiasmado) a 10 (Totalmente entusiasmado), sendo o 5 o ponto que se pode considerar como neutro numa perspetiva em que de 0 a 4 seria o grupo menos entusiasmado e de 6 a 10 o grupo dos mais entusiasmados. Nos dois grupos de pertença a resposta mais escolhida situou-se no nível 5 (respetivamente, 25,0% e 28,0%). No Grupo PIA 21% dos participantes demonstraram pouco entusiasmo quanto aos planos para o futuro, enquanto no Grupo de Comparação apenas 13,5% mostraram pouco entusiasmo. Quanto aos participantes com maior grau de entusiasmo em fazer planos para o futuro (escala de 6 a 10), verifica-se que no Grupo PIA 52% estão dentro desse grupo e no Grupo de Comparação estão 55,8%. Globalmente verificou-se que no Grupo de Comparação há um maior grau de entusiasmo em fazer planos para o futuro.

## **2. Satisfação com a vida e qualidade de vida**

Na presente secção serão apresentados os resultados relativos ao Grupo PIA e Grupo de Comparação face à satisfação com a vida e qualidade de vida.



## 2.1. Satisfação com a vida

Seguidamente serão descritos os resultados no que diz respeito à satisfação com a vida dos participantes que integraram o presente estudo.

Analisando a Tabela 15 percebe-se que na satisfação com a vida todos os itens, de ambos os grupos, se encontram acima do ponto médio da escala de Likert. Relativamente à SWLS Total, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o Grupo PIA e o Grupo de Comparação ( $t(102) = -,184$ ,  $p = ,854$ ), apresentando o Grupo PIA maior satisfação com a vida ( $M=27,0$ ;  $dp=4,7$ ) face ao Grupo de Comparação ( $M=26,9$ ;  $dp=5,8$ ).

Observando os cinco itens da satisfação com a vida, observa-se que o item com maior número de respostas é o “Estou satisfeito com a minha vida”, tanto no Grupo PIA ( $M=5,8$ ;  $dp=1,3$ ) como no Grupo de Comparação ( $M=5,8$ ;  $dp=1,1$ ). No Grupo PIA o item que apresenta menor satisfação com a vida é “Se pudesse viver tudo de novo, não mudaria quase nada” ( $M=4,9$ ;  $dp=1,9$ ) enquanto no Grupo de Comparação é “As condições da minha vida são excelentes” ( $M=5,9$ ;  $dp=1,7$ ).

Tabela 15. Descrição da Satisfação com a Vida

	Grupo PIA			Grupo Comparação		<i>t</i> (102)	<i>p</i>
	<i>n</i> =52			<i>n</i> =52			
	<i>Amplitude teórica</i>	<i>M (dp)</i>	<i>Min-Máx Observado</i>	<i>M (dp)</i>	<i>Min-Máx Observado</i>		
SWLS Total	1-35	27,0 (4,7)	15-34	26,9 (5,8)	12-35	-,184	,854
De muitas formas a minha vida está próxima do meu ideal	1-7	5,6 (1,4)	1-7	5,1 (1,5)	2-7		
As condições da minha vida são excelentes	1-7	5,2 (1,2)	1-7	5,0 (1,7)	1-7		
Estou satisfeito com a minha vida	1-7	5,8 (1,3)	1-7	5,8 (1,1)	3-7		
Até agora tenho tido as coisas importantes que quero na vida	1-7	5,5 (1,5)	1-7	5,7 (1,5)	1-7		
Se pudesse viver tudo de novo, não mudaria quase nada	1-7	4,9 (1,9)	1-7	5,2 (2,0)	1-7		

## 2.2. Qualidade de vida geral e respetivas facetas

Nesta secção serão expostos os resultados relativos à qualidade de vida geral e as respetivas facetas nos dois grupos.

Tabela 16. Análise da qualidade de vida geral e seus domínios relativamente ao grupo de pertença

	Grupo PIA	Grupo Comparação	Total	<i>t</i> (102)	<i>p</i>
	<i>n</i> = 52	<i>n</i> = 52	<i>n</i> = 104		
	<i>M</i> ( <i>dp</i> )	<i>M</i> ( <i>dp</i> )	<i>M</i> ( <i>dp</i> )		
Qualidade de vida/faceta geral	60,6 (14,1)	67,5 (15,9)	64,1 (15,4)	2,366	0,020*
Min-Máx	25,0 – 87,5	25,0 – 100,0	25,0 – 100,0		
Domínio físico	65,7 (13,8)	65,8 (17,0)	65,8 (15,4)	0,023	0,982
Min-Máx	35,7 – 96,4	32,1 – 100,0	32,1 – 100,0		
Domínio psicológico	73,9 (11,5)	72,4 (13,2)	73,2 (12,3)	-0,596	0,553
Min-Máx	54,2 – 100,0	45,8 – 95,8	45,8 – 100,0		
Domínio relações sociais	69,1 (13,6)	71,8 (14,7)	70,4 (14,2)	0,980	0,330
Min-Máx	33,3 – 100,0	25,0 – 100,0	25,0 – 100,0		
Domínio ambiente	66,3 (11,5)	69,1 (12,7)	67,7 (12,1)	1,138	0,258
Min-Máx	34,4 – 84,4	46,9 – 96,9	34,4 – 96,9		

\* $p < 0,05$

A Tabela 16 diz respeito à qualidade de vida geral e seus Domínios relativamente ao grupo de pertença. Para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente à qualidade de vida geral e seus Domínios aplicou-se um Teste T. Dos resultados, observa-se que apenas existem diferenças estatisticamente significativas na QdV/faceta geral ( $t(102) = 2,366$ ,  $p = 0,020$ ), sendo que o grupo de Comparação pontua mais alto ( $M = 67,5$ ;  $dp = 15,9$ ). Apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas nos Domínios da qualidade de vida, destaca-se que o Grupo PIA apresenta valores médios superiores face ao Grupo de Comparação no Domínio psicológico ( $M = 73,9$ ;  $dp = 11,5$ ), enquanto nos restantes, Domínio físico ( $M = 65,8$ ;  $dp = 17,0$ ), relações sociais ( $M = 71,8$ ;  $dp = 14,7$ ) e ambiente ( $M = 69,1$ ;  $dp = 12,7$ ), as médias são superiores no Grupo de Comparação.

Tabela 17. Diferenças ao nível da qualidade de vida em função da duração nos PIA

	Duração PIA ≤ 3 anos		Duração PIA > 3 anos	
	<i>n</i> = 22		<i>n</i> = 30	
	<i>M(dp)</i>	<i>M(dp)</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Qualidade de vida/faceta geral	62,5 (3,4)	59,2 (2,3)	270,50	0,253
Domínio físico	69,2 (2,8)	63,2 (2,5)	226,50	0,054*
Domínio psicológico	71,6 (2,5)	75,6 (2,1)	271,00	0,272
Domínio relações sociais	66,7 (2,8)	70,8 (2,5)	262,50	0,204
Domínio ambiente	66,8 (2,6)	66,0 (2,1)	316,00	0,794

\**p*<0,10

Relativamente à qualidade de vida em função da duração nos PIA (Tabela 17) verificam-se diferenças marginalmente significativas no Domínio físico ( $U=226,50$ ;  $p=0,054$ ), pontuando mais alto os participantes cuja duração nos PIA é menor ou igual a 3 anos ( $M=69,2$ ;  $dp=2,8$ ). Contrariamente ao que seria de esperar em termos teóricos, nos Domínios QdV/faceta geral ( $M=62,5$ ;  $dp=3,4$ ), Domínio físico ( $M=69,2$ ;  $dp=2,8$ ) e Domínio ambiente ( $M=66,8$ ;  $dp=2,6$ ) a qualidade de vida é superior no grupo em que a duração nos PIA é igual ou inferior a 3 anos. No Domínio psicológico ( $M=75,6$ ;  $dp=2,1$ ) e das relações sociais ( $M=70,8$ ;  $dp=2,5$ ) os resultados vão de encontro ao que teoricamente seria de esperar.

### 3. Análise de diferenças entre grupos

Na presente secção serão expostos os resultados relativos à comparação entre os grupos de pertença, no que concerne às variáveis qualidade de vida, satisfação com a vida, idade, género, “viver só”, estado civil (casado e não casado), número de atividades e rendimentos.

Tabela 18. Diferenças ao nível da qualidade de vida e satisfação com a vida em função do grupo de pertença e da idade

	Grupo PIA		Grupo Comparação		$\chi^2$ (3)	<i>p</i>
	55 – 74 anos	75 – 84 anos	55 – 74 anos	75 – 84 anos		
	<i>n</i> = 34	<i>n</i> = 18	<i>n</i> = 34	<i>n</i> = 18		
	<i>M(dp)</i>	<i>M(dp)</i>	<i>M(dp)</i>	<i>M(dp)</i>		
Qualidade de vida/faceta geral	59,2 (12,8)	63,2 (16,3)	68,0 (15,7)	66,7 (16,6)	7,304	0,063
Domínio físico	67,8 (14,5)	61,9 (11,8)	68,8 (16,7)	60,1 (16,6)	6,241	0,100
Domínio psicológico	73,0 (12,5)	75,5 (9,2)	73,9 (11,4)	69,7 (16,0)	1,540	0,673
Domínio relações sociais	69,9 (15,2)	67,6 (10,3)	71,8 (15,2)	71,8 (14,0)	1,498	0,683
Domínio ambiente	67,4 (10,9)	64,4 (12,8)	71,8 (12,9)	63,9 (10,7)	5,023	0,170
SWLS Total	26,79 (4,9)	27,50 (4,6)	26,29 (5,6)	27,89 (6,3)	1,591	0,662

Na Tabela 18, fez-se uma análise à qualidade de vida e satisfação com a vida em função do grupo de pertença e da idade não se observando a existência de diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 19. Diferenças ao nível da qualidade de vida e satisfação com a vida em função do grupo de pertença e género

	Grupo PIA		Grupo Comparação		$\chi^2$ (3)	p
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino		
	n = 42	n = 10	n = 42	n = 10		
	M (dp)	M (dp)	M (dp)	M (dp)		
Qualidade de vida/faceta geral	60,1 (14,4)	62,5 (13,2)	65,5 (16,7)	76,3 (7,1)	11,575	0,009*
Domínio físico	64,2 (13,5)	72,1 (13,7)	64,2 (17,5)	72,5 (13,9)	5,038	0,169
Domínio psicológico	72,4 (11,1)	80,0 (11,4)	70,4 (12,7)	80,8 (12,3)	8,912	0,030*
Domínio relações sociais	68,7 (14,5)	70,8 (9,8)	70,4 (14,4)	77,5 (15,2)	1,735	0,629
Domínio ambiente	65,9 (11,9)	68,1 (10,4)	67,3 (12,6)	76,6 (10,3)	6,301	0,098**
SWLS Total	27,7 (4,6)	23,9 (4,1)	26,2 (6,1)	29,7 (4,0)	8,109	0,044*

\*p<0,05; \*\*p<0,1

Na Tabela 19 apresentam-se os resultados do estudo efetuado à qualidade de vida e satisfação com a vida em função do grupo de pertença e género. Para isso, aplicou-se o teste de Kruskal Wallis onde se observou existirem diferenças estatisticamente significativas na QdV/faceta geral ( $X^2$  (3) = 11,575 ;  $p=0,009$ ), no Domínio psicológico ( $X^2$  (3)=8,912 ;  $p=0,030$ ) e na satisfação com a vida ( $X^2$  (3)= 8,109;  $p=0,044$ ). Para analisar as diferenças entre os quatro grupos aplicou-se o teste LSD de comparações múltiplas de onde resultou o seguinte: na QdV/faceta geral observou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres do Grupo PIA e as mulheres do Grupo de Comparação ( $p=0,041$ ), pontuando mais alto as mulheres do Grupo de Comparação ( $M=65,5$ ;  $dp=16,7$ ); no Domínio psicológico observou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres e os homens do Grupo de Comparação ( $p=0,015$ ), pontuando mais alto os homens ( $M=80,0$ ;  $dp=11,4$ ); na satisfação com a vida observou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os homens do Grupo PIA e os homens do Grupo de Comparação ( $p=0,014$ ), pontuando mais alto os homens do Grupo de Comparação ( $M=29,7$ ;  $dp=4,0$ ). Em relação ao Domínio ambiente observou-se a existência de diferenças marginalmente significativas ( $X^2$  (3) = 6,301;  $p=0,098$ ). Para analisar as diferenças entre os quatro grupos aplicou-se o teste LSD de comparações múltiplas de onde se observou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres e os homens do Grupo de Comparação ( $p=0,029$ ), pontuando mais alto os homens ( $M=76,6$ ;  $dp=10,3$ ).

Tabela 20. Diferenças ao nível da qualidade de vida e satisfação com a vida relativas ao grupo PIA e viver só

	Grupo PIA			
	Viver Só	Não viver só	U	p
	n = 15	n = 37		
	M (dp)	M (dp)		
Qualidade de vida/faceta geral	58,3 (15,4)	61,5 (13,6)	237,50	0,402
Domínio físico	66,43(16,4)	65,4 (12,8)	264,50	0,792
Domínio psicológico	70,8 (11,8)	75,1 (11,3)	212,00	0,183
Domínio relações sociais	63,9 (13,6)	71,2 (13,3)	200,50	0,114
Domínio ambiente	62,9 (15,2)	67,7 (9,6)	238,00	0,421
SWLS Total	26,7 (5,1)	27,2 (4,7)	259,00	0,707

No que diz respeito às diferenças ao nível da qualidade de vida e satisfação com a vida relativas ao Grupo PIA e viver só (Tabela 20) aplicou-se o teste de Manny-Whitney onde não se encontraram diferenças estatisticamente significativas. No entanto, observa-se que no Grupo PIA quem não vive sozinho pontua sempre mais alto, exceto no Domínio físico ( $M=66,4$ ;  $dp= 16,4$ ).

Tabela 21. Diferenças ao nível da qualidade de vida e satisfação com a vida relativas ao grupo de Comparação e viver só

	Grupo Comparação			
	Viver Só	Não viver só	U	p
	n = 12	n = 40		
	M (dp)	M (dp)		
Qualidade de vida/faceta geral	68,8 (16,4)	67,2 (15,9)	219,00	0,635
Domínio físico	63,1 (19,5)	66,6 (16,4)	219,00	0,647
Domínio psicológico	63,2 (13,4)	75,2 (11,9)	127,50	0,014*
Domínio relações sociais	66,0 (10,9)	73,5 (15,3)	150,50	0,048*
Domínio ambiente	62,5 (15,2)	71,0 (11,3)	144,00	0,036*
SWLS Total	24,3 (5,5)	27,6 (5,8)	155,50	0,066**

\* $p<0,05$ ; \*\* $p<0,10$

Relativamente às diferenças ao nível da qualidade de vida e satisfação com a vida relativas ao Grupo de Comparação e viver só (Tabela 21) existem diferenças estatisticamente significativas relativamente aos Domínios psicológico ( $U=127,50$ ;  $p=0,014$ ), relações sociais ( $U=150,50$ ;  $p=0,048$ ) e ambiente ( $U=144,00$ ;  $p=0,036$ ); pontuando sempre mais alto os participantes que não vivem só. Além disso, existem diferenças marginalmente significativas na satisfação com a vida ( $U=155,50$ ;  $p=0,066$ ), pontuando mais alto quem não vive só ( $M=27,6$ ;  $dp=5,8$ ).

Na Tabela 22 apresentam-se os resultados relativos às diferenças ao nível da qualidade de vida e satisfação com a vida em função do Grupo PIA e do estado civil

(casado e não casado). Para isso, aplicou-se o teste de Mann-Whitney observando-se que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis. Relativamente às pontuações obtidas os participantes casados pontuaram mais alto na QdV/faceta geral ( $M=60,9$ ;  $dp=13,0$ ), no Domínio psicológico ( $M=75,0$ ;  $dp=11,3$ ), relações sociais ( $M=69,5$ ;  $dp=12,8$ ) e ambiente ( $M=66,6$ ;  $dp=9,6$ ), enquanto os participantes não casados (solteiros, viúvos ou divorciados) pontuaram mais alto no Domínio físico ( $M=68,4$ ;  $dp=14,8$ ) e na satisfação com a vida ( $M=27,7$ ;  $dp=4,9$ ).

*Tabela 22. Diferenças ao nível da qualidade de vida e satisfação com a vida em função do grupo PIA e do estado civil (casado e não casado)*

	Grupo PIA			
	Casado	Não casado	U	p
	n = 32	n = 20		
	M (dp)	M (dp)		
Qualidade de vida/faceta geral	60,9 (13,0)	60,0 (16,0)	302,00	0,725
Domínio físico	64,1 (13,1)	68,4 (14,8)	245,50	0,159
Domínio psicológico	75,0 (11,8)	72,1 (11,0)	269,00	0,335
Domínio relações sociais	69,5 (12,8)	68,3 (15,2)	305,50	0,781
Domínio ambiente	66,6 (9,6)	65,9 (14,4)	294,50	0,628
SWLS Total	26,7 (4,7)	27,7 (4,9)	278,50	0,433

Para analisar a qualidade de vida e satisfação com a vida em função do Grupo de Comparação e do estado civil (Tabela 23) aplicou-se o teste de Mann-Whitney, onde se observou a existência de diferenças estatisticamente significativas relativamente ao Domínio psicológico ( $U=211,50$ ;  $p=0,040$ ) e ambiente ( $U=214,50$ ;  $p=0,046$ ), pontuando mais alto os participantes que são casados. Além disso, existem diferenças marginalmente significativas no Domínio relações sociais ( $U=218,50$ ;  $p=0,052$ ) e na satisfação com a vida ( $U=228,50$ ;  $p=0,085$ ), pontuando mais alto os participantes que são casados.

*Tabela 23. Diferenças ao nível da qualidade de vida e satisfação com a vida em função do grupo de Comparação e do estado civil (casado e não casado)*

	Grupo Comparação			
	Casado	Não casado	U	p
	n = 32	n = 20		
	M (dp)	M (dp)		
Qualidade de vida/faceta geral	68,0 (15,9)	66,9 (16,3)	277,00	0,400
Domínio físico	67,4 (15,0)	63,2 (20,0)	276,50	0,412
Domínio psicológico	75,8 (12,5)	67,1 (12,7)	211,50	0,040*
Domínio relações sociais	74,2 (16,6)	67,9 (10,2)	218,50	0,052**
Domínio ambiente	71,9 (11,8)	64,5 (13,0)	214,50	0,046*
SWLS Total	28,0 (5,7)	25,1 (5,7)	228,50	0,085**

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,10$

A Tabela 24 representa as correlações existentes no Grupo PIA entre a qualidade de vida, satisfação com a vida, total de atividades e rendimentos. A satisfação com a vida apresenta uma associação positiva com o Domínio QdV/faceta geral ( $r_s=,445$ ;  $p<0,01$ ) e com o Domínio psicológico ( $r_s=,303$ ;  $p<0,05$ ). Assim, uma maior satisfação com a vida está relacionada com uma melhor percepção da QdV/faceta geral e Domínio psicológico. O Domínio da QdV/faceta geral apresenta uma associação positiva com o Domínio físico ( $r_s=,362$ ;  $p<0,05$ ), psicológico ( $r_s=,416$ ;  $p<0,01$ ) e do ambiente ( $r_s=,357$ ;  $p<0,01$ ). Sendo que, melhor percepção de QdV/faceta geral está associada uma maior pontuação no Domínio físico, psicológico e do ambiente. O Domínio físico apresenta uma associação positiva com o Domínio psicológico ( $r_s=,341$ ;  $p<0,05$ ) e do ambiente ( $r_s=,445$ ;  $p<0,01$ ), isto é, uma melhor percepção do Domínio físico está relacionada com uma melhor percepção do Domínio psicológico e do ambiente. O Domínio psicológico apresenta uma associação positiva com o Domínio do ambiente ( $r_s=,525$ ;  $p<0,01$ ), ou seja, maior percepção do Domínio psicológico está associado a melhor percepção do Domínio do ambiente.

Tabela 24. Correlações entre a qualidade de vida, satisfação com a vida, número total de atividades e rendimentos em função do grupo PIA

	Grupo PIA							
	n = 52							
	Total de atividades	Rendimentos	SWLS Total	QdV/faceta geral	Domínio físico	Domínio psicológico	Domínio relações sociais	Domínio ambiente
Total de atividades	---							
Rendimentos	,149	---						
SWLS Total	,235	-,096	---					
QdV/faceta geral	,217	,107	,445**	---				
Domínio físico	,124	-,129	,071	,362**	---			
Domínio psicológico	,250	,125	,303*	,416**	,341*	---		
Domínio relações sociais	,112	-,173	,236	,088	,220	,209	---	
Domínio ambiente	,152	,173	,137	,357**	,445**	,525**	,239	---

\* $p<0,05$ ; \*\* $p<0,01$

Relativamente ao Grupo de Comparação, os rendimentos apresentam uma associação positiva com os Domínios psicológico ( $r_s=,336$ ;  $p<0,05$ ) e do ambiente ( $r_s=,494$ ;  $p<0,01$ ) (Tabela 25). Assim, maiores rendimentos estão associados a uma melhor percepção do Domínio psicológico e do ambiente. A satisfação com a vida apresenta uma associação positiva com o Domínio psicológico ( $r_s=,494$ ;  $p<0,01$ ). Sendo que, uma maior satisfação com a vida está relacionada com uma melhor percepção do Domínio psicológico. O Domínio da QdV/faceta geral apresenta

associações positivas com os Domínios físico ( $r_s=,615$ ;  $p<0,01$ ), psicológico ( $r_s=,404$ ;  $p<0,01$ ) e do ambiente ( $r_s=,403$ ;  $p<0,01$ ), ou seja, uma melhor percepção de QdV/faceta geral está associada a uma melhor percepção do Domínio físico, psicológico e do ambiente. O Domínio físico apresenta associação positiva com o Domínio psicológico ( $r_s=,543$ ;  $p<0,01$ ), isto é, quanto melhor a percepção do Domínio físico, melhor a percepção do Domínio psicológico. Por fim, o Domínio psicológico apresenta associação positiva com os Domínios das relações sociais ( $r_s=,418$ ;  $p<0,01$ ) e do ambiente ( $r_s=,547$ ;  $p<0,01$ ). Sendo que, melhor percepção do Domínio psicológico está relacionado com melhor percepção dos Domínios das relações sociais e do ambiente.

Tabela 25. Correlações entre a qualidade de vida, satisfação com a vida, número total de atividades e rendimentos em função do grupo de Comparação

	Grupo Comparação							
	$n = 52$							
	Total de atividades	Rendimentos	SWLS Total	QdV/faceta geral	Domínio físico	Domínio psicológico	Domínio relações sociais	Domínio ambiente
Total de atividades	---							
Rendimentos	,253	---						
SWLS Total	-,149	,112	---					
QdV/faceta geral	,046	,150	,240	---				
Domínio físico	,047	,265	,192	,615**	---			
Domínio psicológico	,068	,336*	,494**	,404**	,543**	---		
Domínio relações sociais	-,011	-,077	,270	,184	,148	,418**	---	
Domínio ambiente	,117	,494**	,234	,403**	,618	,547**	,066	---

\* $p<0,05$ ; \*\* $p<0,01$



## **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÃO**



## Discussão dos Resultados

Neste capítulo apresenta-se a discussão dos resultados e conclusões do presente estudo. De forma a orientar a análise e discussão dos resultados torna-se importante retomar os objetivos de investigação definidos: (1) caracterizar os participantes em termos sociodemográficos e de envolvimento social; (2) avaliar a qualidade de vida e satisfação com a vida de pessoas mais velhas em função da sua participação em PIA; e (3) analisar a associação entre a satisfação com a vida e a qualidade de vida de pessoas mais velhas em função da participação social.

Relativamente aos 104 participantes (52 do Grupo PIA e 52 do Grupo de Comparação) que fazem parte deste estudo, no que concerne à idade, a maioria possui entre 65 e 74 anos (61,5%), sendo a idade média 72,6 ( $dp=5,9$ ). Quanto ao género e estado civil, a maioria dos participantes são do género feminino (80,8%) e casados (61,5%). Estes resultados vão de encontro à literatura no domínio sendo que, tendencialmente em Portugal, tem-se verificado que a população idosa é constituída em maioria por mulheres (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2018), seguindo a tendência de outros países no que é designados por feminização do envelhecimento (Almeida *et al.*, 2015). Para além disso, o número de pessoas viúvas só tem vindo a ser considerado estatisticamente relevante a partir da faixa etária dos 80 anos (Cabral *et al.*, 2013).

Em relação ao nível de escolaridade, a maioria possui escolaridade ao nível do 1º ciclo (1º a 4º ano de escolaridade, 80,8%). A baixa escolaridade apresentada pode estar relacionada com as características populacionais que Portugal apresentava na altura em que os participantes eram crianças. Em 1960, 66% das pessoas com menos de 15 anos não tinham completado nenhum nível de escolaridade, motivado pela realidade vivida, em que as crianças tinham que trabalhar em prol da família, não sendo possível darem continuidade à formação académica (Rosa, 2012; Rosa & Chitas, 2013). Face ao exposto, poderá ser considerando surpreendente a maioria dos participantes terem conseguido estudar, concluindo alguns o ensino básico.

Relativamente aos rendimentos, a maioria situa-se em dois intervalos, os que recebem entre 421€ e 750€ (29,7%) e os que recebem entre 751€ e 1000€ (28,7%). Importa salientar, que existem diferenças no intervalo de 751€ e 1000€, sendo que os participantes do Grupo PIA auferem maioritariamente estes valores (41,2%), face ao Grupo de Comparação (16,0%). Apesar do anteriormente referido, considera-se que os participantes do Grupo de Comparação têm um maior nível de rendimentos, sendo

que 34% dos participantes recebem mais de 1001€. Os programas de intervenção autárquica por norma são gratuitos, e as pessoas que normalmente os integram, possuem menos recursos económicos, são mais vulneráveis e com menos possibilidades (para aceder, por exemplo, a cuidados de saúde), este aspeto é coerente com o facto de o Grupo PIA apresentar menores rendimentos.

A maioria dos participantes tem filhos (93,1%) e não vive só (74,0%). Este parece ser um resultado relevante pois os idosos que vivem sozinhos são mais suscetíveis de apresentar níveis de bem-estar mais baixos (Gouveia, Matos & Schouten, 2016), tendo por isso a OMS (2005) recomendado a criação de programas comunitários dirigidos a este grupo populacional como forma de promover interações sociais.

Analisando os resultados da participação em programas/projetos de intervenção autárquica, percebemos que as atividades com maior participação são a hidroginástica (73,1%), a ginástica (71,2%) e o baile (44,2%). Os idosos tendencialmente optam pela prática de atividades ligadas à componente física com potencial para a socialização. Estas atividades habitualmente são consideradas como atividades de lazer, podendo funcionar como meio de intervenção com vista à promoção da satisfação com a vida e da qualidade de vida. A atividade física é, por norma, aconselhada por profissionais de saúde com vista à prevenção da dependência funcional e da incapacidade, sendo a manutenção da saúde um dos *outcomes* do envelhecimento bem-sucedido (Costa & Martins, 2012). Assim sendo, faz todo o sentido o interesse deste grupo de idosos na prática destas atividades, pois provavelmente perspetivam as mesmas como algo estimulante e benéfico para a sua saúde, indo ao encontro dos principais motivos de participação nos PIA mencionados, a manutenção da saúde e ocupação de tempo.

Os participantes do Grupo PIA integravam os programas/projetos de intervenção autárquica, na sua maioria, entre 1 a 3 anos (34,6%), assim como participavam, em média, duas vezes por semana nas atividades dos mesmos (55,8%), sendo essa participação assídua (98,1%). Face ao exposto, percebe-se que os idosos mostraram interesse por estes programas, integrando os mesmos há um período de tempo significativo, isto pode dever-se à pretensão em prevenir a doença e promover o seu bem-estar (Bárrios & Fernandes, 2013), reconhecendo benefícios ou ganhos da participação neste tipo de programas. Verifica-se que a frequência de participação é similar à identificada em outros estudos já realizados, em que se verificou no mínimo, a prática de atividades duas vezes por semana (Moraes, Souza, Pinheiro, Irigoyen, Medeiros & Koike, 2012; Camões, Fernandes, Silva, Rodrigues, Costa & Bezerra, 2016).

Para além das atividades dos PIA, os participantes deste estudo realizavam outras atividades. O Grupo de Comparação foi o que revelou participar mais em outras atividades (48,1%), no entanto, em ambos os grupos, a maioria participa em outras atividades relacionadas com o envolvimento com os outros (32,6%). Tal pode indicar a importância que a participação social tem para os mais velhos, sendo a família, os cônjuges e a comunidade importantes pilares para a manutenção da qualidade de vida destas pessoas (Ribeiro & Paúl, 2011).

Relativamente à comparação da participação em atividades face ao passado, a maioria parece manter um padrão regular de participação, uma vez que participa na mesma quantidade de atividades (39,4%). De salientar que os participantes do Grupo PIA consideram que atualmente participam mais do que no passado (46,2%) enquanto os do Grupo de Comparação participam menos face ao passado (44,2%). É relevante perceber que estes dois grupos são compostos por idosos reformados, sendo que, atualmente, estes possuem mais tempo disponível para participar em atividades. Apesar do Grupo PIA participar mais, o mesmo não acontece com o Grupo de Comparação, no entanto, este facto, não invalida que os participantes deste Grupo não realizem outras atividades diferentes dos PIA tais como visita a familiares, ajudar a cuidar dos netos ou ir a cafés/restaurantes.

Quanto às atividades realizadas no último ano, a maioria estiveram relacionadas com visitar ou receber amigos/familiares/vizinhos (89,4%), frequentar a igreja ou serviços religiosos (87,5%) e ajudar familiares/amigos/vizinhos sem ser pago por isso (86,5%). Percebe-se que a tipologia de todas as atividades realizadas no último ano está relacionada com a participação social, não esquecendo que este é um dos pilares básicos de envelhecimento ativo e que são recomendadas intervenções com vista a promover o mesmo (OMS, 2005).

No que concerne ao grau de entusiasmo para fazer planos para o futuro e trabalhar para a sua concretização, os participantes consideraram sentir-se medianamente entusiasmados (26,5%) assinalando o ponto médio de entusiasmo (5). Se definirmos os não entusiasmados abaixo do ponto médio de entusiasmo e os entusiasmados, acima do ponto médio de entusiasmo, percebe-se que a maioria se encontrava entusiasmada (55,8%). O entusiasmo para planejar o futuro poderá ser uma mais-valia para uma vida com qualidade, pois sabe-se que o Modelo de Proatividade Preventiva Corretiva considera que o planeamento futuro é um comportamento adaptativo preventivo para antecipar doenças crónicas e eventos stressantes (Kahana & Kahana, 1996; Kahana *et al.*, 2005).

A satisfação com a vida e a qualidade de vida são duas das variáveis centrais neste estudo. Relativamente à satisfação com a vida, percebe-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o Grupo PIA e o Grupo de Comparação, apesar do Grupo PIA apresentar uma média superior de satisfação com a vida ( $M=27,1$ ;  $dp=4,7$ ). Considerando 20 como o ponto médio da Escala de Satisfação com a Vida, podemos assumir que, apesar do Grupo PIA apresentar maior satisfação, ambos os grupos, parecem estar satisfeitos com a sua vida. No entanto, podemos questionar: será que os programas de intervenção autárquica têm influência na satisfação com a vida? Heo e colaboradores (2013) e Hernández e colaboradores (2009) defenderam que sim, estes autores consideram que a participação social e realização de atividades do interesse pessoal dos mais velhos estão associadas a maior satisfação com a vida.

Quanto à qualidade de vida, existem diferenças estatisticamente significativas na QdV/faceta geral, com o Grupo de Comparação a apresentar uma média superior ( $M=67,5$ ;  $dp=15,9$ ). Percebendo que a QdV/faceta geral é composta por uma avaliação da qualidade de vida e da percepção de saúde geral (Canavarro *et al.*, 2010), podemos questionar se os participantes do Grupo de Comparação não terão uma visão mais positiva da sua saúde face ao Grupo PIA, influenciando assim a sua percepção qualidade de vida. Por outro lado, considerando a complexidade inerente à percepção da qualidade de vida por parte da pessoa é possível que na vida de cada um dos participantes existam outros aspetos que possam influenciar a maior ou menor percepção de qualidade de vida. Especificamente, é no Grupo de Comparação que se registou maior percentagem de pessoas com rendimentos superiores a 1001€, tendo a literatura documentado a relação entre rendimentos mais altos e melhor qualidade de vida (Campos, Ferreira, Vargas & Albala, 2014; Gallardo-Peralta *et al.*, 2018; Campos, Ferreira & Vargas, 2015).

Quando analisadas as diferenças ao nível da qualidade de vida em função do tempo de participação nos PIA, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no Domínio físico da qualidade de vida, sendo que os participantes que participam até 3 anos nos PIA apresentam uma média superior ( $M=69,2$ ;  $dp=2,8$ ). O Domínio físico da qualidade de vida, é avaliado através da dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades de vida diária, dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho (Canavarro *et al.*, 2010). Sabe-se, que com o avançar da idade, os indivíduos estão mais vulneráveis a condições patológicas, que poderão influenciar a sua qualidade de vida (Oliveira & Pinto, 2014). Pode-se então equacionar a hipótese dos participantes que integram há menos tempo

os PIA apresentarem um estatuto de saúde mais positivo, o que poderá traduzir-se em menos doenças e, conseqüentemente, numa qualidade de vida superior no Domínio físico.

Quanto à idade, satisfação com a vida e qualidade de vida, verifica-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas, ou seja, quer no Grupo PIA quer no Grupo de Comparação ser mais velho ou mais novo não aparece relacionado com a satisfação com a vida e/ou com a qualidade de vida. Estes resultados vão de encontro à literatura, no domínio, isto é, a idade não parece influenciar a satisfação com a vida e a qualidade de vida (Calixto & Martins, 2010; Pereira *et al.*, 2006). No entanto, existem alguns estudos com resultados contraditórios, ou seja, idosos mais velhos apresentaram pior qualidade de vida e satisfação com a vida (Uma Sevi *et al.*, 2015; Vitorino *et al.*, 2013; Dawalibi *et al.*, 2014). No nosso estudo poderá não se ter verificado diferenças significativas por dois motivos: (1) os dois grupos são equivalentes relativamente à idade e (2) a amostra é constituída maioritariamente por pessoas da 3ª idade.

Já quanto ao género os resultados são distintos, efetivamente foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na QdV/faceta geral, no Domínio psicológico e na satisfação com a vida. Os homens do Grupo de Comparação têm uma média superior ( $M=76,3$ ;  $dp=7,1$ ) aos homens do Grupo PIA na QdV/faceta geral; os homens do Grupo de Comparação têm uma média superior às mulheres do mesmo Grupo ( $M=80,0$ ;  $dp=11,4$ ) no Domínio Psicológico da qualidade de vida; e os homens do Grupo de Comparação têm uma média superior ( $M=29,7$ ;  $dp=4,0$ ) aos do Grupo PIA na satisfação com a vida. Para além destas diferenças, foram encontradas diferenças marginalmente significativas no Domínio do ambiente, em que os homens do Grupo de Comparação têm valores médios superiores às mulheres do mesmo Grupo ( $M=76,6$ ;  $dp=10,3$ ). No Domínio psicológico e do ambiente, as diferenças que ocorreram vão de encontro à literatura, sendo que o género masculino tende a apresentar qualidade de vida superior ao feminino (Campos, *et al.*, 2014; Gallardo-Peralta *et al.*, 2018; Campos, *et al.*, 2015). Relativamente às diferenças que se verificam no Domínio QdV/faceta geral e na satisfação com a vida, estas não vão de encontro ao esperado, pois os homens que participam no Grupo de Comparação apresentam melhores indicadores, quando nos estudos realizados a participação em atividades e na comunidade traduz-se em melhor qualidade de vida e satisfação com a vida (Campos, *et al.*, 2014; Gallardo-Peralta *et al.*, 2018; Campos, *et al.*, 2015; Ratigan *et al.*, 2016; Acosta, 2019). Pode assumir-se que em ambos os grupos os idosos que fazem atividades, são socialmente ativos, como pode verificar-se pelos resultados relativos à participação em

outras atividades que tivemos oportunidade de analisar previamente. Mas muito provavelmente, os idosos do Grupo PIA, ao contrário dos participantes do Grupo de Comparação, procuram atividades organizadas porque eventualmente começam a sentir algumas dificuldades, como percebemos quando indicaram manter a saúde como um dos motivos para integrarem os PIA. Já os idosos do Grupo de Comparação realizam atividades que eles definem quando querem, por isso poderão ter menos limitações no seu funcionamento. Globalmente poderá supor-se que os idosos do Grupo PIA serão mais debilitados que os do Grupo de Comparação, justificando assim a pior percepção de qualidade de vida e satisfação com a vida.

No que diz respeito às diferenças relativas à qualidade de vida e satisfação com a vida em função de viver só, no Grupo Pia não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, no entanto, na QdV/faceta geral, nos Domínios da qualidade de vida (exceção no Domínio físico) e na satisfação com a vida, os participantes que vivem acompanhados (não vivem só) apresentam valores médios superiores. Não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas neste Grupo poderá dever-se ao facto destes participantes integrarem os projetos/programas de intervenção autárquica, sendo que, viver só ou acompanhado, poderá não ter influência na qualidade de vida e na satisfação com a vida dos mais velhos, devido a essa participação. De acordo com Bárrios e Fernandes (2014), pessoas mais velhas que integram programas de intervenção autárquica por norma têm uma rede de contactos mais ampla, o que se traduz em melhores níveis de participação social e menor risco de isolamento e solidão. Já no Grupo de Comparação verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nos Domínios psicológico, das relações sociais e do ambiente, assim como diferenças marginalmente significativas na satisfação com a vida, com os participantes que vivem acompanhados a apresentar valores médios superiores. Tal vai de encontro ao esperado, pois os idosos que vivem acompanhados terão possivelmente uma rede de social e de cuidados mais ampla comparativamente aos idosos que vivem sozinhos, o que consequentemente contribui para maior qualidade de vida e satisfação com a vida.

Relativamente ao estado civil (casado e não casado), no Grupo PIA não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida e na satisfação com a vida. Já no Grupo de Comparação foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos Domínios psicológico, das relações sociais e do ambiente e na satisfação com a vida, sendo que os participantes casados têm valores médios superiores. Tal como na variável viver só *versus* acompanhado, a justificação



poderá seguir na mesma linha de pensamento, sendo que idosos casados poderão contar com uma rede social e de cuidados mais ampla.

No que diz respeito às associações entre variáveis, o total de atividades, em ambos os grupos, não apresenta associações com a qualidade de vida ou a satisfação com a vida. Tal pode considerar-se um resultado surpreendente, pois seria de esperar que o número de atividades estivesse associado a maior satisfação com a vida e qualidade de vida, pois sabe-se que estar envolvido socialmente tem uma relevância significativa na manutenção da saúde dos mais velhos com vista a uma melhor qualidade de vida (OMS, 2005).

No Grupo PIA a satisfação com a vida encontra-se estatística e positivamente correlacionada com a QdV/faceta geral e o Domínio psicológico; já no Grupo de Comparação a satisfação com a vida encontra-se estatística e positivamente correlacionada com o Domínio psicológico e os rendimentos encontram-se estatística e positivamente correlacionados com os Domínios psicológico e do ambiente.

A relação da satisfação com a vida em ambos os Grupos com o Domínio psicológico de qualidade de vida faz todo o sentido, pois este Domínio engloba sentimentos positivos e sentimentos negativos (Canavarro *et al.*, 2010) e como se sabe, a satisfação com a vida deriva do bem-estar, esta é a componente cognitiva do mesmo, sendo acompanhada por mais dois componentes - os afetos positivos e os afetos negativos (Diener, Suh & Oishi, 1997).

Relativamente à correlação entre QdV/faceta geral e satisfação com a vida no Grupo PIA, é um resultado esperado face à literatura no domínio, visto que os dois conceitos são assumidos frequentemente como sinónimos (Pereira, Teixeira & Santos, 2012), além de, do ponto de vista experiencial, vários estudos apontarem para uma associação entre mais qualidade de vida e mais satisfação com a vida (Lucas-Carrasco *et al.*, 2014; Şahin *et al.*, 2019).

No que se refere à associação entre rendimentos e Domínios psicológico e do ambiente da qualidade de vida no Grupo de Comparação, isto pode dever-se ao facto de os participantes do Grupo de Comparação ao possuírem rendimentos superiores encontrarem aí uma fonte de segurança face às ameaças do envelhecimento, para além de um instrumento nuclear para assegurar maior ou melhor acesso a recursos fundamentais para o modo como vivem e perspetivam a qualidade das suas vidas. Assim sendo, esta correlação com o Domínio psicológico e do ambiente, poderá fazer sentido, visto que o Domínio psicológico engloba questões como a autoestima e o Domínio do ambiente tem como seu constituinte os recursos económicos (Canavarro

*et al.*,2010). É frequente nos estudos sobre qualidade de vida as questões monetárias estarem associadas à qualidade de vida, sendo que foi comprovada a influência dos rendimentos, na qualidade de vida dos mais velhos (Campos *et al.*, 2015; Gallardo-Peralta *et al.*, 2018).

Face ao exposto, percebe-se após a discussão dos resultados a relação da satisfação com a vida, da qualidade de vida e da participação social, assim como a importância das mesmas na vida dos mais velhos.

## **Conclusão**

O envelhecimento individual é um processo complexo, pautado por grande heterogeneidade, sofrendo múltiplas influências, não só intrínsecas à pessoa, mas também externas, nomeadamente dos contextos ambientais, culturais e sociais em que a pessoa se insere. Neste contexto, identificar aspetos do funcionamento individual que permitam aferir a qualidade do processo de envelhecimento e o modo como a pessoa vive e experiênci este processo e esta fase da sua vida (entenda-se velhice) é de grande relevância para sustentar a intervenção dos profissionais da gerontologia social no sentido de potenciar o envelhecimento bem-sucedido. Neste contexto, a qualidade de vida e a satisfação com a vida podem ser considerados como alguns destes indicadores a que importa atender no momento de definir políticas publicas, iniciativas comunitárias ou intervenções individuais. Face ao exposto, parece-nos que o presente estudo, ao focar-se na avaliação da satisfação com a vida e na qualidade de vida de pessoas mais velhas que participam em PIA, comparando-as com outras que não participam neste tipo de programas, assume grande relevância.

Neste contexto podemos considerar que os objetivos propostos para a concretização do presente estudo foram alcançados, tendo sido possível reunir evidência sobre as características pessoais e de participação social de pessoas mais velhas envolvida em PIA, para além de avaliar o nível de qualidade de vida e de satisfação com a vida. Além disso, parece-nos que, a este nível, o nosso estudo se assume um aspeto de relevo ao procurar reunir evidências relativas ao desenvolvimento de políticas autárquicas no âmbito do envelhecimento. Cada vez mais os municípios ou outras estruturas locais de poder público serão chamadas a assumir a responsabilidade pelo desenvolvimento de intervenções comunitárias orientadas para a melhoria de vida das pessoas em geral e dos mais velhos, em particular. Importa, por isso, compreender o contributo dessas medidas e iniciativas para a vida das pessoas mais velhas, identificando os aspetos ou componentes que mais positivos ou favoráveis e menos limitadores no sentido da melhoria contínua e da inovação.

Apesar da relevância do estudo desenvolvido, importa referir que foram encontradas algumas limitações que poderão condicionar a generalização dos resultados deste estudo, nomeadamente: (1) tratar-se de estudo de cariz transversal, em que a avaliação foi realizada num só momento, não sendo possível verificar possíveis mudanças que possam ocorrer ao longo do tempo; (2) contar com uma

amostra de conveniência, o que obriga a que os resultados sejam lidos no contexto das características dos participantes; (3) focar-se numa amostra que pertence à mesma área geográfica (concelho de Viana do Castelo), sendo questionável se noutra área geográfica se obteriam resultados similares, atendendo à importância dos contextos físicos, culturais e sociais no processo de envelhecimento; (4) recorrer a protocolo de investigação assente em instrumentos de autorrelato que são suscetíveis ao viés da desejabilidade social; e, (5) o facto de os participantes do Grupo de Comparação participam igualmente em atividades sócio recreativas, o que impossibilita um contraste maior entre quem participa e não participa em atividades.

Futuramente considera-se que se tenha em conta as limitações anteriormente descritas e que as escolhas metodológicas sejam distintas, optando-se talvez por um estudo longitudinal, com uma amostra de maior dimensão, que abranja mais áreas geográficas, e com recurso a procedimentos de recolha de dados mistos (ex. questionários e entrevistas). Para além disto, seria importante recorrer a um grupo de comparação que não participasse em qualquer atividade de cariz socio-recreativa de forma a existir um maior contraste entre grupos.

Tendo em conta os resultados obtidos, percebemos que a qualidade de vida e a satisfação com a vida são aspetos distintos, mas muito relevantes para o processo de envelhecimento, e que se relacionam com características das pessoas, como género, rendimento ou viver só ou acompanhado.

Criar condições para que os idosos sejam ativos e envelheçam bem vai muito para além de promover a sua saúde ou proporcionar cuidados ou apoio social, implica também procurar respostas adequadas aos seus interesses e necessidades. Ser ativo, ter uma participação social, não é só praticar atividade física, mas também manter-se ativo do ponto de vista cognitivo, interagir com os outros, combater a solidão e o isolamento, envolver-se socialmente, continuar a contribuir para a sociedade, não apenas em termos monetários, mas a partir de uma participação cívica (Ribeiro & Paúl, 2011). As autarquias podem ter um papel importante, criando medidas de intervenção que deverão ter por base as necessidades e interesses da população e os recursos disponíveis (Bárrios & Fernandes, 2013).

Atualmente, os mitos, imagens e estereótipos acerca do envelhecimento e das pessoas mais velhas estão a ser cada vez mais combatidos e desmontados, sendo substituídos por informações reais e empiricamente credíveis (Ermida, 2014). O conhecimento acerca do envelhecimento humano é cada vez maior e cada vez faz mais sentido a profissão de Gerontólogo Social. Os profissionais na área do

envelhecimento, entenda-se gerontólogos, são preparados pelas instituições de ensino superior para construírem e integrarem organizações com vista à promoção da participação social dos mais velhos (Ramalho & Ramalho, 2014). Por fim, considera-se que o Gerontólogo Social pode desempenhar um importante papel na promoção do envelhecimento bem-sucedido, com vista à manutenção das capacidades físicas e mentais dos mais velhos de forma a manter ou aumentar a sua perceção de qualidade de vida e satisfação com a vida.



## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---





- Acosta, L. D. (2019). Factores asociados a la satisfacción vital en una muestra representativa de personas mayores de argentina. *Hacia la Promoción de la Salud*, 24(1), 56-69.
- Adams, K. B., Leibbrandt, S., & Moon, H. (2011). A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life. *Ageing & Society*, 31(4), 683-712.
- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de Uma Escala de Bem-Estar Subjetivo. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 20(2), 153-164.
- Almeida, A. V., Mafra, S. C. T., Silva, E. P., & Kanso, S. (2015). A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos & Contextos*, 14(1), 115-131.
- Baltes, M., & Carstensen, L. L. (1996). The process of successful ageing. *Ageing and Society*, 16(4), 397-422.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. M. Baltes (Ed.) *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences* (Chap. 1, pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press.
- Banhato, E. F. C., Ribeiro, P. C. C., & Guedes, D. V. (2018). Satisfação com a vida em idosos residentes na comunidade. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 17(2), 16-24.
- Barreto, J. (2005). Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15, 289-302.
- Bárrios, M. J., & Fernandes, A. A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *Revista portuguesa de saúde pública*, 32(2), 188-196.
- Bass, S. A. (2009). Toward an Integrative Theory of Social Gerontology. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of Theories of Aging* (pp. 347-375). New York: Springer Publishing Company.
- Bengtson, V. L., Gans, D., Putney, N. L., & Silverstein, M. (2009). Theories About Age and Aging. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of Theories of Aging* (pp. 3-23). New York: Springer Publishing Company.
- Birren, J. E., & Schroots, J. J. (2001). History of geropsychology. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp.3-28). San Diego, CA: Academic Press.
- Borg, C., Hallberg, I. R., & Blomqvist, K. (2006). Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *Journal of clinical nursing*, 15, 607-618.
- Cabral, M. V., Ferreira, M. P., Silva, P. A., Jerónimo, P. & Marques, T. (2013). Processos de Envelhecimento em Portugal. *Fundação Francisco Manuel dos Santos*.
- Calixto, E., & Martins, H. (2010). Os Fatores Bio-Psico-Sociais na Satisfação com a Vida de Idosos Institucionalizados. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 510-522). Portugal: Universidade do Minho.
- Camões, M., Fernandes, F., Silva, B., Rodrigues, T., Costa, N., & Bezerra, P. (2016). Exercício físico e qualidade de vida em idosos: diferentes contextos sociocomportamentais. *Motricidade*, 12(1), 96-105.
- Campos, A. C. V., Ferreira, E. F., & Vargas, A. M. D. (2015). Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(7), 2221-2237.
- Campos, A. C. V., Ferreira, E. F., Vargas, A. M. D., & Albala, C. (2014). Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12 (1), 1-11.
- Canavarro, M., C. (2010). Qualidade de Vida: significados e níveis de análise. In M. C. Canavarro & A. V. Serra (Coord.), *Qualidade de Vida e Saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 4-21). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Canavarro, M. C., & Serra, A. V. (2010). *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, M. C., Serra, A. V., Pereira, M., Simões, M. R., Quartilho, M. J. R., Rijo, D., ... & Paredes, T. (2010). WHOQOL disponível para Portugal: desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref). In M. C. Canavarro & A. V. Serra (Coord.), *Qualidade de Vida e Saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 4-21). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cheung, F., & Lucas, R. E. (2015). When Does Money Matter most? Examining the Association Between Income and Life Satisfaction Over the Life Course. *Psychology and Aging*, 30(1), 120-135.
- Dawalibi, N. W., Goulart, R. M. M., & Prearo, L. C. (2014). Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3505-3512.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology*, 39(4), 391-406.
- Diener, E., & Suh, E. (1997). Subjective well-being and age: An international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17(1), 304-324.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual review of psychology*, 54(1), 403-425.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997) Recent Findings on Subjective Well-Being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24(1), 25-41.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Ermida, J. G. (2014). Geriatria e Gerontologia: esboço histórico. In M. T. Veríssimo (Ed.), *Geriatria Fundamental: saber e praticar* (pp. 2-11). Lisboa: Lidel.
- Farina, M., Lopes, R. M. F., & Argimon, I. I. L. (2016). Perfil de idosos através do modelo dos cinco fatores de personalidade (Big Five): revisão sistemática. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 12(1), 97-108.
- Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1439-1446.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Gerontología Social*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009) *Envejecimiento Activo: Contribuciones de la psicología*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.
- Fujita, F., & Diener, E. (2005). Life Satisfaction Set Point: Stability and Change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(1), 158–164.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos (2018). Média de idades dos novos pensionistas de velhice e invalidez da Segurança Social: total e por sexo [PORDATA]. Retirado de <https://www.pordata.pt/Portugal/Média+de+idades+dos+novos+pensionistas+de+velhice+e+invalidez+da+Segurança+Social+total+e+por+sexo-1121>.
- Gallardo-Peralta, L., Jorquera, I. C., Morán, M. P., & Quiroz, B. U. (2018). Diferencias de género en salud y calidad de vida en personas mayores del norte de Chile. *Polis Revista Latinoamericana*, 17(49), 153-175.

- Gana, K., Bailly, N., Saada, Y., Joulain, M., & Alaphilippe, D. (2012). Does life satisfaction change in old age: Results from an 8-year longitudinal study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(4), 540-552.
- Garbaccio, J. L., Tonaco, L. A. B., Estêvão, W. G., & Barcelos, B. J. (2018). Envelhecimento e qualidade de vida de idosos residentes da zona rural. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71 (2), 724-732.
- Gouveia, O. M. R., Matos, A. D., & Schouten, M. J. (2016). Redes sociais e qualidade de vida dos idosos: uma revisão e análise crítica da literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(6), 1030-1040.
- Heo, J., Stebbins, R. A., Kim, J., & Lee, I. (2013). Serious leisure, life satisfaction, and health of older adults. *Leisure Sciences*, 35(1), 16-32.
- Hernández, C. R., López-Fernández, V., & Ortiz-Alonso, T. (2009). Satisfacción con la vida en relación con la funcionalidad de las personas mayores activas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(2), 61-67.
- Hoyer, W. J., & Roodin, P. A. (2003). *Adult development and aging*. New York: The McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estatística (2015). *Dia Mundial da População -11 de julho de 2015*. Destaque: informação à comunicação social, Instituto Nacional de Estatística, [documento eletrônico] retirado de: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdestboui=224679354&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdestboui=224679354&DESTAQUESmodo=2).
- Instituto Nacional de Estatística (2018). *Estimativas de População Residente em Portugal - 2017*. Destaque: informação à comunicação social, Instituto Nacional de Estatística, [documento eletrônico] retirado de: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdestboui=315156710&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdestboui=315156710&DESTAQUESmodo=2).
- Joia, L. C., & Ruiz, T. (2013). Satisfação com a Vida na Percepção dos Idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, 16(6), 79-102.
- Joia, L. C., Ruiz, T., & Donalisio, M. R. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41(1), 131-138.
- Kahana, E., & Kahana, B. (1996). Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. In V. Bengtson (Ed.), *Adulthood and aging: Research on continuities and discontinuities* (pp. 18-41). New York: Springer Publishing Company.
- Kahana, E., Kahana, B., & Kercher, K. (2003). Emerging lifestyles and proactive options for successful ageing. *Ageing International*, 28(2), 155-180.
- Kahana, E., Kelley-Moore, J., & Kahana, B. (2012). Proactive aging: a longitudinal study of stress, resources, agency, and well-being in late life. *Aging & Mental Health*, 16(4), 438-451.
- Kahana, E. King, C., Kahana, B., Menne, H., Webster, N., Dan, A., Kercher, K., Bohne, A., & Lechner, C. (2005). Successful aging in the face of chronic disease. In M. L. Wykle, P. J. Whitehouse, & D. L. Morris (Eds.), *Successful aging through the life-span* (pp. 103-126). New York: Spring Publishing Company.
- Kocjan, J. (2017). Strong sense of coherence contributes to successful aging and higher satisfaction with life. *Journal of Education, Health and Sport*, 7(7), 537-544.
- Layte, R., Sexton, E., & Savva, G. (2013). Quality of life in older age: evidence from an Irish cohort study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61, 299-305.
- Llobet, M. P., Ávila, N. R., Farràs, J. F., & Canut, M. T. L. (2011). Qualidade de vida, felicidade e satisfação com a vida em anciãos com 75 anos ou mais, atendidos num programa de atenção domiciliária. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), 467- 475.
- Lucas-Carrasco, R., Den Oudsten, B. L., Eser, E., & Power, M. J. (2014). Using the Satisfaction with Life Scale in people with Parkinson's disease: A validation study in different European countries. *The Scientific World Journal*, 2014, 1-7.

- Marques, E. M. B. G., Sánchez, C. S., & Vicario, B. P. (2014). Percepção da qualidade de vida de um grupo de idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), 75-84.
- Martinez, M., & Garcia, M. (1994). La autopercepción de la salud y el bienestar psicológico como indicador de calidad de vida percibida en la vejez. *Revista de Psicología de la Salud*, 6(1), 55-74.
- Martins, J. J., Schneider, D. G., Coelho, F. L., Nascimento, E. R. P., Albuquerque, G. L., Erdmann, A. L., & Gama, F. O. (2009). Quality of life among elderly people receiving home care services. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(3), 265-271.
- Martins, R., Andrade, A. I., & Rodrigues, M. L. (2010). A Vida... Vista pelos Idosos. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, 39 (15), 121-130.
- Martins, R., Santos, P., & Andrade, A. (2015). Satisfação com a vida em idosos: prevalência e determinantes. *Gestão e Desenvolvimento*, 23, 107-123.
- Martins, T. I., & Costa, G. A. (2012). A concepção de lazer de idosos participantes de projetos sociais no município de Uberlândia. *Revista Digital EFDeportes.com*, 17 (168).
- Mertens, D. M. (2005). *Research and Evaluation in Education and Psychology* (2ª ed.). London: Sage.
- Mertens, D. M. (2010). *Research and Evaluation in Education and Psychology* (3ª ed.). London: Sage.
- Moraes, W. M. A. M. D., Souza, P. R. M. D., Pinheiro, M. H. N. P., Irigoyen, M. C., Medeiros, A., & Koike, M. K. (2012). Programa de exercícios físicos baseado em frequência semanal mínima: efeitos na pressão arterial e aptidão física em idosos hipertensos. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 16(2), 114-121.
- Nazareth, J. M. (2009). *Crescer e envelhecer: constrangimentos e oportunidades do envelhecimento demográfico*. Lisboa: Editorial Presença.
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em psicologia*, 14(1), 17-34.
- Neri, A. L. (2008). *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas: Alínea.
- Neto, F., Barros, J., & Barros, A. (1990). Satisfação com a vida. In L. Almeida, R. Santiago, P. Silva, L. Oliveira, O. Caetano & J. Marques (Eds.) *A acção educativa: Análise psicossocial* (pp. 91-100). Leiria: ESEL/APPORT.
- Oliveira, C. R., & Pinto, A. M. (2014). Biologia e Fisiopatologia do envelhecimento. In M. T. Veríssimo (Ed.). *Geriatrica Fundamental: saber e praticar* (pp. 17-28). Lisboa: Lidel.
- Oliveira, D. A. S., Junior, J. R. A. N., Bertolini S., & Oliveira, D. V. (2016). Participation of elderly in social groups: quality of life and functional capacity. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 17(2), 278-284.
- Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (2015). *Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade*. Rio de Janeiro: Centro Internacional de Longevidade Brasil.
- Paúl, C. (1991). *Percursos pela velhice: uma perspectiva ecológica em Psicogerontologia*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martin, I., & Amado, J. C. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 75-95). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164-172.
- Pereira, É. F., Teixeira, C. S. & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação física e Esporte*, 26(2), 241-250.
- Pereira, R. J., Cotta, R. M. M., Franceschini, S. D. C. C., Ribeiro, R. C. L., Sampaio, R. F., Priore, S. E., & Cecon, P. R. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(1), 27-38.

- Ponce, M. S. H., Lezaeta, C. B., & Lorca, M. B. F. (2011). Predictors of quality of life in old age: a multivariate study in Chile. *Journal of Population Ageing*, 4(3), 121-139.
- Prasoon, R., & Chaturvedi, K. R. (2016). Life satisfaction: a literature review. *International Journal of Management Humanities and Social Sciences*, 1(2), 25-32.
- Priyanka & Sunita, M. (2013) Differences in life satisfaction of elderly people in urban and semi urban families of Lucknow (U.P.). *Journal Of Humanities And Social Science*, 16(6), 28-32.
- Quartilho, M. J. R. (2010). Avaliação das Qualidade de Vida em Adultos Idosos: Notas em Torno do Processo de Adaptação e Validação do WHOQOL-OLD para a População Portuguesa. In M. C. Canavarro & A. V. Serra (Coord.), *Qualidade de Vida e Saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 55-125). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ramalho, A. P., & Ramalho, J. G. (2014). A relevância da formação em gerontologia social na implementação das políticas sociais em Portugal. In H. R. A. Luz, & I. C. Miguel (Coord.), *Gerontologia Social: Perspetivas de Análise e Intervenção*, (pp.39-50). Coimbra: Centro de Investigação em Inovação Social e Organizacional do Instituto Superior Bissaya Barreto.
- Ratigan, A., Kritiz-Silverstein, D., & Barrett-Connor, E. (2016). Sex differences in the association of physical function and cognitive function with life satisfaction in older age: The Rancho Bernardo Study. *Maturitas*, 89, 29-35.
- Resende, M. C., Silva, R. M., Marques, T. P., & Abreu, M. V. (2008). Coping e satisfação com a vida em adultos com AIDS. *Psico*, 39(2), 232-239.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). Envelhecimento Activo. In O. Ribeiro & C. Paúl (Ed.), *Manual de Envelhecimento Activo* (pp. 1-12). Lisboa: Lidel.
- Rosa, M. J. V. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosa, M. J. V., & Chitas, P. (2013). *Portugal e a Europa: os Números*. Lisboa: FFMS.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237, 143-149.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Rowe, J., & Kahn, R. (1998). The structure of successful aging. In J. Rohe & R. Kahn (Eds.), *Successful Aging* (Chap. 2, pp. 50-74). Michigan: Dell Pub.
- Şahin, D. S., Özer, Ö., & Yanardağ, M. Z. (2019). Perceived social support, quality of life and satisfaction with life in elderly people. *Educational Gerontology*, 1-9.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ªed.). S. Paulo: McGraw-Hill.
- Schalock, R. L., & Verdugo A. M. Á. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Revista española sobre Discapacidad Intelectual*, 38(4), 21-36.
- Scharlach, A., & Lehning, A. (2016). *Creating aging-friendly communities*. Oxford: University Press.
- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 585-593.
- Schwarz, N., & Strack, F. (1991). Evaluating one's life: A judgment model of subjective well-being. In F. Strack, M. Argyle, & N. Schwarz (Eds.), *International series in experimental social psychology*, Vol. 21. Subjective well-being: An interdisciplinary perspective (pp. 27-47). Elmsford, NY, US: Pergamon Press.
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de saúde pública*, 20 (2), 580-588.
- Serra, A. V. (2010 Educação). Qualidade de Vida e Saúde. In M. C. Canavarro & A. V. Serra (Coord.), *Qualidade de Vida e Saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 23-53). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Silva, H. S., Lima, Â. M. M., & Galhardoni, R. (2010). Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas. *Interface-Comunicação, Saúde*, 14(35), 867-877.

- Silva, L. C. C., Farias, L. M. B., Oliveira, T. S., & Rabelo, D. F. (2012). Atitude de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico. *Revista Kairós Gerontologia*, 15(3), 119-140.
- Simões, A., Ferreira, J. A. G., Lima, M., Pinheiro, M. R., Vieira, C. M., Matos, A., & Oliveira, A. L. (2003). O bem-estar subjectivo dos adultos: Um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 37(1), 5-30.
- Sousa, I. F., Mendonça, H., Zanini, D. S., & Nazareno, E. (2009). Estresse ocupacional, coping e burnout. *Revista de Ciências Ambientais e Saúde*, 36(1), 57-74.
- Sousa, L., Ferreira, O., Grave, R., Pelayo, S., Pereira, G., & Rua, S. (2015). Material domain and life satisfaction: Portuguese elderly people living alone. *Exedra*, (2), 80-94.
- Spiriduso, W. W. (1995). *Physical dimensions of aging*. Champaign: Human Kinetics.
- Sposito, G., D'Elboux, M. J., Neri, A. L., & Guariento, M. E. (2013). A satisfação com a vida e a funcionalidade em idosos atendidos em um ambulatório de geriatria. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(12), 3475-3482.
- Tavares, D. M. S., Dias, F. A., & Munari, D. B. (2012). Qualidade de vida de idosos e participação em atividades educativas grupais. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), 601-606.
- Tavares, D. M. S., Gomes, N. C., Dias, F. A., & Santos, N. M. F. (2012). Fatores associados à qualidade de vida de idosos com osteoporose residentes na zona rural. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 16(2), 371-379.
- Uma Devi, L., KavithaKiran, V., & Swachita, P. (2015). Satisfaction with Life in Elderly with Reference to Gender, Age and Residence. *Journal of Humanities and Social Science*, 20(4), 57-59.
- Veríssimo, M. (2014). *Geriatria fundamental: saber e praticar*. Lisboa: Lidel.
- Vilar, M., Simões, M. R., Sousa, L. B., Firmino, H., Paredes, T., & Lima, M. P. (2010). Avaliação das Qualidade de Vida em Adultos Idosos: Notas em Torno do Processo de Adaptação e Validação do WHOQOL-OLD para a População Portuguesa. In M. C. Canavarro & A. V. Serra (Coord.), *Qualidade de Vida e Saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 229-250). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vitorino, L. M., Paskulin, L. M. G., & Vianna, L. A. C. (2013). Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21, 3-11.
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551-558.
- Wichmann, F. M. A., Couto, A. N., Areosa, S. V. C., & Montañés, M. C. M. (2013). Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(4), 821-832.







Anexo 1- Comparações Múltiplas entre o nível da QdV e Satisfação com a Vida em  
função do grupo de pertença e género

---



Tabela A1- Teste LSD (Comparações Múltiplas entre o nível da QdV e Satisfação com a Vida em função do grupo de pertença e género)

Género em função do grupo de pertença			Diferenças de médias	dp	p
Domínio QdV/faceta geral	Homem PIA	Mulher PIA	-2,3810	5,2226	,649
		Homem Comp.	-5,3571	3,2389	,101
		Mulher Comp.	-16,1310*	5,2226	,003
	Mulher PIA	Homem PIA	2,3810	5,2226	,649
		Homem Comp.	-2,9762	5,2226	,570
		Mulher Comp.	-13,7500*	6,6378	,041
	Homem Comp.	Homem PIA	5,3571	3,2389	,101
		Mulher PIA	2,9762	5,2226	,570
		Mulher Comp.	-10,7738*	5,2226	,042
	Mulher Comp.	Homem PIA	16,1310*	5,2226	,003
		Mulher PIA	13,7500*	6,6378	,041
		Homem Comp.	10,7738*	5,2226	,042
Domínio Físico	Homem PIA	Mulher PIA	-7,9432	5,3815	,143
		Homem Comp.	,0000	3,3374	1,000
		Mulher Comp.	-8,3003	5,3815	,126
	Mulher PIA	Homem PIA	7,9432	5,3815	,143
		Homem Comp.	7,9432	5,3815	,143
		Mulher Comp.	-,3571	6,8397	,958
	Homem Comp.	Homem PIA	,0000	3,3374	1,000
		Mulher PIA	-7,9432	5,3815	,143
		Mulher Comp.	-8,3003	5,3815	,126
	Mulher Comp.	Homem PIA	8,3003	5,3815	,126
		Mulher PIA	,3571	6,8397	,958
		Homem Comp.	8,3003	5,3815	,126
Domínio Psicológico	Homem PIA	Mulher PIA	-7,5786	4,1974	,074
		Homem Comp.	1,9857	2,6031	,447
		Mulher Comp.	-8,4119*	4,1974	,048
	Mulher PIA	Homem PIA	7,5786	4,1974	,074
		Homem Comp.	9,5643*	4,1974	,025
		Mulher Comp.	-,8333	5,3348	,876
	Homem Comp.	Homem PIA	-1,9857	2,6031	,447
		Mulher PIA	-9,5643*	4,1974	,025
		Mulher Comp.	-10,3976*	4,1974	,015
	Mulher Comp.	Homem PIA	8,4119*	4,1974	,048
		Mulher PIA	,8333	5,3348	,876
		Homem Comp.	10,3976*	4,1974	,015
Domínio Relações Sociais	Homem PIA	Mulher PIA	-2,1817	4,9815	,662
		Homem Comp.	-1,7841	3,0894	,565

Domínio Ambiente	Mulher PIA	Mulher Comp.	-8,8484	4,9815	,079
		Homem PIA	2,1817	4,9815	,662
		Homem Comp.	,3976	4,9815	,937
	Homem Comp.	Mulher Comp.	-6,6667	6,3313	,295
		Homem PIA	1,7841	3,0894	,565
		Mulher PIA	-,3976	4,9815	,937
	Mulher Comp.	Mulher Comp.	-7,0643	4,9815	,159
		Homem PIA	8,8484	4,9815	,079
		Mulher PIA	6,6667	6,3313	,295
	Homem PIA	Homem Comp.	7,0643	4,9815	,159
		Mulher PIA	-2,2000	4,1963	,601
		Homem Comp.	-1,3369	2,6024	,609
	Mulher PIA	Mulher Comp.	-10,6375*	4,1963	,013
		Homem PIA	2,2000	4,1963	,601
		Homem Comp.	,8631	4,1963	,837
	Homem Comp.	Mulher Comp.	-8,4375	5,3334	,117
		Homem PIA	1,3369	2,6024	,609
		Mulher PIA	-,8631	4,1963	,837
	Mulher Comp.	Mulher Comp.	-9,3006*	4,1963	,029
		Homem PIA	10,6375*	4,1963	,013
		Mulher PIA	8,4375	5,3334	,117
SWLS Total	Homem PIA	Homem Comp	9,3006*	4,1963	,029
		Mulher PIA	3,886*	1,817	,035
		Homem Comp,	1,619	1,127	,154
	Mulher PIA	Mulher Comp.	-1,914	1,817	,295
		Homem PIA	-3,886*	1,817	,035
		Homem Comp.	-2,267	1,817	,215
	Homem Comp.	Mulher Comp.	-5,800*	2,310	,014
		Homem PIA	-1,619	1,127	,154
		Mulher PIA	2,267	1,817	,215
	Mulher Comp.	Mulher Comp.	-3,533	1,817	,055
		Homem PIA	1,914	1,817	,295
		Mulher PIA	5,800*	2,310	,014
		Homem Comp	3,533	1,817	,055

\* $p<0,05$ ;